

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° 887

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri-François BENAERTS

Né le 20 août 1904 à Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LES ÉCHECS
DE LA PHYSIOTHÉRAPIE
DANS
LES FIBROMES UTÉRINS

Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière
(Professeur GOSSET)

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1934

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri-François BENAERTS

Né le 20 août 1904 à Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LES ÉCHECS
DE LA PHYSIOTHÉRAPIE
DANS
LES FIBROMES UTÉRINS

Travail de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière
(Professeur Gosset)

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1934

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.

BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.

BERNARD (Etienne) . . . Pathologie médicale.

BOULIN. Pathologie médicale.

BROCQ Pathologie chirurgicale.

BULLIARD . . . Histologie.

CATHALA . . . Pathologie médicale.

CHABROL . . . Pathologie médicale.

CHEVALLIER. Pathologie médicale.

DOGNON . . . Physique.

DONZELOT. . . Pathologie médicale.

FEY Urologie.

GALLIARD. . . Parasitologie.

GASTINEL . . . Bactériologie.

GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.

De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.

GAYET. Physiologie.

GIROUD Histologie.

HAGUENAU . . Pathologie médicale.

HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.

HAZARD Pharmacologie.

HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.

JOANNON Hygiène.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.

LACOMME . . . Obstétrique.

LANTUÉJOUL. Obstétrique.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE . . . Pathologie expérimentale.

LEVEUF Pathologie chirurgicale.

Mlle J. LÉVY. Pharmacologie.

LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.

MOREAU Pathologie médicale.

MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale.

MOUQUIN . . . Pathologie médicale.

OBERLING . . . Anatomie pathologique.

PETIT-DUTAILLIS . . Pathologie chirurgicale.

PIEDELIEVRE Médecine légale.

PORTES Obstétrique.

QUENU. Pathologie chirurgicale.

RICHET Physiologie.

SANNIÉ Chimie biologique.

SÈNÈQUE. . . . Pathologie chirurgicale.

SÉZARY. Dermatologie et syphiligraphie.

TROISIÈRE. . . Pathologie expérimentale.

TURPIN. Pathologie médicale.

VALLERY-RA-

DOT (Pasteur). Pathologie médicale.

VELTER Ophtalmologie.

VIGNES. Obstétrique.

WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.

BUSQUET . . . Pharmacologie.

CHAILLEY-BERT. . . Physiologie.

MM

LEROUX . . . Anatomie pathologique.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

ZIMMERN. . . . Physiologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . . .	Clinique chirurgicale.
BRULE	Clinique médicale.	MOURE	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
HARVIER	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
LIAN	Clinique médicale.	LEVY-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé . . .	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Le Professeur A. GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de la Salpêtrière
Grand Officier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de ma profonde gra-
titude et de mon entier dévoue-
ment.*

Au Docteur RAYMOND LEIBOVICI

Chirurgien des Hôpitaux

*En reconnaissance profonde de ce
qu'il a fait pour moi. En témoi-
gnage de ma fidèle amitié.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage

M. le Professeur LEJARS (*in memoriam*).

M. le Professeur SERGENT.

M. le Professeur CARNOT.

Externat

1925. — M. le Professeur CUNÉO.

1926. — M. le Docteur WEILL-HALLÉ.

1927. — M. le Docteur DEVRAIGNE.

Internat

1928-1929. — M. le Professeur SEBILEAU.

— M. le Docteur CHEVRIER.

1930. — M. le Professeur-agrégé LEVEUF.

1931. — M. le Professeur MATHIEU.

1932. — M. le Professeur GOSSET.

1933. — M. le Professeur CUNÉO.

M. le Docteur DEVRAIGNE.

1934. — M. le Professeur SORREL.

A MM. les Professeurs agrégés PETIT-DUTAILLIS,
SENÈQUE.

A MM. les Docteurs DESPLAS, J.-C. BLOCH, CHAR-
RIER, HUET, THALHEIMER, RAYMOND BERNARD,
PAUL FUNCK-BRENTANO, chirurgiens des hôpitaux.

A M. le Docteur BENDA, médecin des hôpitaux.

A M. le Docteur RAVINA, accoucheur des hôpitaux.

A M. le Docteur IVAN BERTRAND, chef de laboratoire
à la Faculté.

A MM. les Docteurs GÉRARD-MARCHANT, SEILLÉ,
SAUVAGE, SYLVAIN BLONDIN, TAILHEFER, chefs
de clinique et anciens chefs de clinique à la Faculté.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE PRATIQUE
A LA FACULTÉ

M. le Professeur HOVELACQUE

M. le Professeur ROUVIÈRE.

INTRODUCTION

Sur les conseils de notre maître, le professeur Gosset, nous avons recherché les observations de fibromes utérins qui, traités antérieurement par les irradiations, avaient exigé ensuite une intervention chirurgicale. Dans la période de 1920 à 1934, nous avons recueilli dans les archives de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière trente trois cas où l'échec de la physiothérapie avait été complet ; échec vérifié par la clinique, l'acte chirurgical et l'examen anatomo-pathologique. Celui-ci a toujours été pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Clinique chirurgicale de la Salpêtrière.

La thérapeutique des fibromes utérins a donné lieu à de nombreuses discussions. Les rapports de MM. Labey et Tixier au Congrès de Chirurgie de 1924 ont remarquablement mis au point la question.

De nombreux articles ou publications parmi lesquels nous retiendrons surtout celui du professeur Forgeue dans le *Traité de Le Dentu-Delbet*, et celui de Lecène dans le *Traité de Thérapeutique Chirurgicale* ont également contribué à éclairer la question,

De ces travaux il résulte une première constatation essentielle :

Il ne faut pas opposer l'un à l'autre le traitement chirurgical et le traitement par les agents physiques.

Traiter sans distinction toutes les variétés de fibromes par la physiothérapie, personne ne peut y songer sérieusement. Borner le rôle de la chirurgie à traiter les échecs du radium ou des rayons est également une notion fautive et même dangereuse.

Opérer systématiquement tous les fibromes utérins serait de même très abusif.

L'une et l'autre thérapeutique peuvent obtenir des guérisons définitives à condition cependant qu'un diagnostic précis permette de poser une indication thérapeutique justifiée « Une question préalable prime tout, celle du diagnostic clinique » (Lecène).

Le traitement des fibromes utérins par les agents physiques compte un nombre élevé de guérisons stables, vérifiées à longue échéance. La plupart des insuccès relèvent d'indications défectueuses et dans ce travail nous rapportons dix-neuf observations où le radium et les rayons X ont été appliqués à l'aveugle et n'ont donné que des échecs. Parfois même, ils ont été à l'origine de graves complications.

De plus, contrairement à une opinion fautive et malheureusement trop répandue, nous essaierons de montrer à l'aide des observations nouvelles apportées par nous-même que les indications de la physiothérapie sont beaucoup plus limitées que celles de la chirurgie.

Aussi est-ce à l'étude des contre-indications et des indi-

cations de la physiothérapie que nous avons consacré les deux premiers chapitres de ce travail.

Dans un troisième chapitre, nous avons rapporté quelques cas où l'échec de la physiothérapie n'est pas dû à une mauvaise interprétation des signes cliniques, mais à une lésion que seul l'acte chirurgical ou l'examen histologique a pu révéler.

Dans le quatrième chapitre, nous avons groupé quelques observations de dégénérescence maligne survenue sur des fibromes traités antérieurement par les rayons : sarcomes, leiomyomes développés sur le fibrome, ou cancer du corps associé au fibrome. Dans deux observations, il existe une double néoplasie l'une développée sur le fibrome, l'autre sur la muqueuse de la cavité utérine.

Dans le cinquième chapitre nous avons étudié les difficultés opératoires qu'on pouvait rencontrer au cours des hystérectomies pour fibromes irradiés antérieurement.

CHAPITRE I

LES CONTRE-INDICATIONS DU TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS PAR LA PHYSIOTHÉRAPIE

Ces contre-indications sont nombreuses. On peut distinguer des contre-indications absolues et des contre-indications relatives. Cette distinction est peut-être un peu schématique mais permet, dans la plupart des cas, de prendre la décision thérapeutique utile à la malade.

Les *contre-indications absolues* sont le siège anatomique de certains fibromes, l'existence d'un état inflammatoire siégeant sur l'utérus ou sur les annexes, la nécrobiose aseptique, la dégénérescence maligne développée sur le fibrome ou sur l'utérus, les fibromes se manifestant après la ménopause, certaines modifications structurales, l'association avec un kyste de l'ovaire, les cas où le diagnostic de fibrome n'est pas absolument sûr, enfin l'échec du traitement par les agents physiques.

Les *contre-indications relatives* sont en rapport avec l'âge de la malade, le volume du fibrome, la coexistence d'une lésion métritique cervicale.

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

1° Une première contre-indication est le siège anatomique de certains fibromes.

Il s'agit presque toujours de fibromes pelviens rarement de fibromes abdominaux.

Dans les fibromes pelviens, il faut rejeter le traitement par les agents physiques pour les fibromes enclavés dans le Douglas ou inclus dans le ligament large pour tous les fibromes sous-muqueux.

Il faut intervenir sur tous les fibromes fixés c'est-à-dire les fibromes enclavés et les fibromes inclus.

a) *Il faut opérer les fibromes enclavés* dans le cul-de-sac de Douglas, car, tant que le fibrome reste appendu à la paroi utérine postérieure, il continue à comprimer le col vésical et il y a risque de rétention. La réduction de volume du fibrome sous l'influence de la physiothérapie est lente et aléatoire. On ne peut l'attendre.

Nous rapportons trois observations caractéristiques à cet égard (obs. n° 1, n° 2, n° 3).

Dans l'observation n° 1, il y a eu échec complet du radium.

Dans l'observation n° 2, après un an de guérison apparente il y a eu reprise des hémorragies.

Dans l'observation n° 3, il s'agit d'un fibrome de la face postérieure avec troubles vésicaux et où le traitement par les agents physiques aboutit également à un échec.

b) La même conduite thérapeutique est à suivre dans les fibromes bas situés, fibromes latéraux du segment inférieur, et fibromes inclus dans le ligament large. Plus que dans toute autre localisation, il faut craindre, malgré les radiations, la compression des uretères par persistance de la tumeur, et, dans ces cas, il faut redouter le retentissement rénal secondaire.

Les observations nos 7 et 8 sont l'appui de ce principe.

Dans l'observation 7, malgré deux applications successives de radium, on constate la persistance des hémorragies et des douleurs, l'intervention montrant un fibrome de la base du ligament large droit, gros comme une orange.

L'observation n° 8 concerne également un fibrome inclus où les rayons X n'ont aboutit qu'à un échec, l'intervention secondaire ayant été d'ailleurs particulièrement difficile.

Il en est de même de tous les fibromes sous-muqueux, même si l'on doit pour les extirper emprunter la voie abdominale. Il est d'ailleurs fort difficile d'affirmer cliniquement le siège sous-muqueux de ces fibromes.

A l'examen on trouve un fibrome peu volumineux, ne dépassant pas les dimensions d'un poing, lisse, bien régulier et entraînant des pertes rouges abondantes. Le petit volume du fibrome, l'importance des hémorragies

semblent indiquer la physiothérapie. On croit à tort à un fibrome interstitiel.

Or les agents physiques sont particulièrement dangereux quand on les applique sur des fibromes sous-muqueux. Ils favorisent leur sphacèle et leur suppuration et peut-être même leur dégénérescence maligne (observations nos 27, 29, 31).

Souvent on est obligé d'intervenir chirurgicalement sur ces fibromes sous-muqueux après échec de la physiothérapie. A l'ouverture de la pièce, on trouve du pus dans la cavité utérine, un polype plus ou moins gros, un fibrome sous-muqueux en voie de sphacèle.

Lorsque l'on a un doute sur le siège précis du fibrome par rapport à la paroi de l'utérus, l'examen radiologique après injection intra-utérine de lipiodol est précieux. Il peut montrer des images anormales au niveau de la cavité utérine prouvant le siège sous muqueux du fibrome. Cet examen devrait être fait plus souvent quand on décide de soumettre un fibrome à la physiothérapie.

Nous apportons six observations de polypes fibreux ou de fibromes sous-muqueux méconnus, irradiés sans aucun succès. Dans la moitié des cas, il y avait même dégénérescence maligne (observations nos 2, 22, 23, 27, 29, 31).

Au total, dans les fibromes pelviens, pas de traitement par les agents physiques dans les fibromes fixés et les fibromes sous-muqueux. Seuls les fibromes interstitiels réalisant la fibromatose diffuse peuvent être irradiés ; encore sera-t-il difficile d'affirmer le siège purement interstitiel du fibrome.

Dans les fibromes abdominaux, le siège anatomique est plus rarement une contre-indication à la physiothérapie. Nous reviendrons ultérieurement sur la conduite à tenir dans les fibromes abdominaux très volumineux ; nous n'insisterons ici que sur les fibromes abdominaux sous-séreux longuement pédiculés, fortement mobiles sur le reste de l'utérus qui sont une contre-indication aux radiations. Ces fibromes pédiculés relativement rares restent exposés malgré le traitement par les agents physiques à une complication redoutable, la torsion aiguë ou subaiguë qui, malgré l'intervention d'urgence, est grevée d'une lourde mortalité.

En conclusion, la physiothérapie est contre-indiquée dans tous les cas précédents par le fait qu'elle ne peut, à coup sûr, faire regresser la tumeur pour peu qu'elle soit importante. Elle pourrait avoir la valeur d'un traitement symptomatique en arrêtant les hémorragies, mais la persistance d'une tumeur même petite peut suffire à comprimer l'uretère, à retentir sur la vessie.

2° L'existence d'un état inflammatoire siégeant sur l'utérus ou sur les annexes est une contre-indication encore plus indiscutable quant à l'emploi des rayons.

Quand l'infection siège sur l'utérus, elle peut se développer soit dans la cavité utérine, soit dans le tissu fibromateux.

Lorsque l'infection évolue dans la cavité utérine, malgré la gravité de l'acte opératoire, seule la chirurgie est indiquée. Toute action des agents physiques est nuisible, plus encore celle du radium que celle des rayons.

La pose du radium exige en effet des manœuvres intra-utérines qui risquent de donner un coup de fouet à l'endométrite et exposent à la pyométrie, à la salpingite aiguë et à la pelvi-péritonite.

Des cas mortels ont été rapportés.

Lorsque l'infection se développe dans le tissu fibromateux, qu'il s'agisse d'un fibrome sphacélé ou suppuré, le traitement est uniquement chirurgical ; ce n'est que le procédé opératoire à employer que l'on peut discuter.

Les agents physiques sont contre-indiqués de toute évidence par la grosse infection avec température à grandes oscillations, retentissement sur l'état général, douleurs lancinantes, pertes fétides et sanieuses, utérus gros et douloureux dont le col entr'ouvert laisse écouler du pus.

Les radiations sont également contre-indiquées s'il s'agit d'un polype sphacélé, sphacèle hautement septique réclamant l'hystérectomie que beaucoup préfèrent pratiquer par voie vaginale. L'ablation simple risque en effet d'entraîner des accidents suraigus de septicémie.

Il semble que tous les auteurs soient d'accord pour reconnaître les dangers de la physiothérapie dans les grosses infections développées sur les fibromes.

Mais les agents physiques sont contre-indiqués également, dans les infections atténuées dont le tableau clinique est beaucoup moins caractéristique.

Celles-ci en effet peuvent se traduire par un minimum de symptômes, état subfébrile, température oscillant autour de 38°, constatation d'une douleur parfois mi-

nime découverte à l'examen d'un utérus fibromateux, la douleur siégeant non dans les culs-de-sac mais sur l'utérus lui-même. L'application de radiations sur de tels fibromes peut entraîner des désastres.

L'infection peut siéger également sur les annexes. Il faut insister sur la fréquence extrême de l'association fibrome-annexite, sur son existence possible dans toutes les formes de fibromes, sur la difficulté du diagnostic clinique de l'infection annexielle qui n'est guère reconnue qu'une fois sur deux. Tantôt derrière un fibrome moyen paraissant lisse et mobile, derrière un gros fibrome semblant se développer librement dans la grande cavité, peut se cacher toujours une annexite latente. Tantôt les lésions salpingiennes risquent de masquer le fibrome et après 45 ans c'est au fibrome qu'il faut penser devant toute salpingite de cause non évidente (Lecène).

En effet le toucher vaginal permet de découvrir dans les culs-de-sac vaginaux des masses de consistance molle, sur les côtés ou derrière le fibrome. Beaucoup plus souvent les lésions annexielles ne sont pas senties nettement au toucher, et c'est dans ces cas qu'on risque de décider un traitement par les agents physiques pouvant déclencher des poussées inflammatoires au niveau des annexes, des pelvi-péritonites et même des cellulites pelviennes parfois mortelles. C'est dire la nécessité et les avantages du contrôle abdominal dans les cas suspects de lésions annexielles associées.

Il semble cependant qu'on puisse éviter de pareilles erreurs thérapeutiques.

Développées sourdement, sans grands signes cliniques, ces lésions doivent être recherchées avec soin : Douleurs, état subfébrile, existence de troubles digestifs tenaces, peuvent les faire soupçonner.

Les douleurs sont latéro ou rétro-utérines, s'exagèrent à la marche, à l'effort physique et au moment des règles. Au toucher, la douleur dans les culs-de-sac latéraux, la douleur dans le cul-de-sac de Douglas signant la réaction du péritoine pelvien doivent donner l'éveil.

Un état subfébrile à 37°8-38° est également l'indice d'une infection atténuée.

Enfin le professeur Tixier insiste sur la valeur de troubles digestifs intestinaux tenaces, dus à des brides épiploïques, à des adhérences fibreuses péricoliques consécutives à la pelvi-péritonite à point de départ annexiel.

La présence d'annexite constitue une contre-indication formelle du radium ; la plus grande prudence est de règle si l'on en soupçonne la possibilité.

Peut-être de nombreux fibromes compliqués d'annexite discrète ont-ils pu être irradiés sans phénomènes graves, surtout par les rayons X. Une malade opérée par Douay de fibrome avec double hydro-salpinx avait subi cent cinquante séances de rayons, d'ailleurs sans aucun résultat.

Les accidents semblent plus à craindre après l'application de radium à cause du danger des manœuvres intra-utérines : dilatation de l'orifice, mesure de la cavité, tube laissé en place, constituant une cause de rétention redoutable.

Au total, seule la chirurgie est prudente et guérit simultanément la malade de son fibrome et de son annexite.

Nous rapportons cinq observations d'accidents consécutifs à la physiothérapie appliquée chez des malades présentant, outre leur fibrome, des lésions annexielles, observations n^{os} 9-10-11-12-13.

Dans l'observation n^o 9 les rayons étaient nettement contre-indiqués, la malade avait des antécédents de salpingite, les rayons ont échoué.

Mais, de plus, des crises douloureuses très violentes ont suivi l'application. A l'intervention : salpingite double.

Dans l'observation n^o 10, les symptômes présentés suffisaient à faire rejeter le radium : crises douloureuses abdominales coexistant avec les règles mais survenant aussi en dehors des époques menstruelles. Après deux applications de radium, les douleurs s'accroissent. A l'intervention annexite droite.

Même histoire dans l'observation n^o 11.

Des antécédents de salpingite chez une femme présentant des ménorragies. Deux applications de radium ; amélioration pendant deux ans, puis apparition de douleurs et de pertes de sang. A l'intervention, salpingite bilatérale.

Dans les observations n^{os} 12 et 13 pas d'antécédents nets de salpingite. La malade de l'observation n^o 12 subit une application de radium. Par la suite, crises douloureuses à trois reprises différentes avec signes de réaction péritonéale. A l'intervention, hematosalpinx à droite, salpingite adhérente à gauche.

Dans l'observation n° 13, l'application de radium est suivie immédiatement d'une grosse crise salpingienne compliquée d'une phlébite du membre inférieur gauche. Il y a en outre persistance des hémorragies et même apparition de troubles de compression rectale et vésicale. Au toucher vaginal, avant l'intervention, on sent dans le cul-de-sac gauche une masse qui semble plus utérine qu'annexielle,

A l'intervention, fort difficile, on trouve une salpingite double très adhérente.

Sur ces cinq observations, dans trois cas les antécédents de salpingite nets devaient faire rejeter le traitement par les agents physiques.

Dans les deux autres cas, un examen clinique méthodique et complet aurait réussi, peut-être, à éviter les graves complications qui ont suivi l'application des radiations.

Sur nos cinq observations de fibromes et annexites associés, remarquons enfin que dans quatre cas le traitement physique employé avait été le radium. Les manœuvres intra-utérines nécessaires à l'application de celui-ci semblent être particulièrement dangereuses en cas de lésions annexielles. Elle donnent un coup de fouet à l'infection : crises de salpingite aiguë immédiatement après l'application (obs. nos 10 et 12); pelvi-péritonite avec phlébite du membre inférieur gauche (observation n° 13).

3° *La nécrobiose aseptique est également une contre-indication au traitement par les radiations.*

Elle relève uniquement de la chirurgie non seulement à cause de son évolution progressivement fatale, mais en raison de sa pathogénie, comme l'a montré le professeur Tixier au Congrès de Chirurgie de 1924 :

— « Ce sphacèle aseptique est dû à l'ischémie de la tumeur. Tous les procédés de physiothérapie ayant pour but d'amener soit directement, soit indirectement la régression du fibrome par action sur la nutrition sont donc absolument contre-indiqués. On est même en droit de se demander si la physiothérapie n'est pas susceptible de provoquer la nécrobiose aseptique par une application intempestive ».

Cliniquement, la nécrobiose aseptique se traduit dans le cas typiques par une triade :

— douleurs sous forme de crises plus ou moins aiguës ;

— augmentation brusque de volume du fibrome avec ramollissement ;

— altération rapide et progressive de l'état général avec élévation de la température et modifications constantes du facies.

Le professeur Tixier insiste en outre sur l'absence de modifications des écoulements vaginaux, seul signe différentiel avec la gangrène qui frappe en général des polypes ou des fibromes sous muqueux.

Mais souvent la traduction clinique de la nécrobiose aseptique est plus fruste : il n'existe que quelques phénomènes douloureux, une sensibilité au toucher de la masse fibromateuse, un état subfébrile. Nous avons trouvé dans les observations de la clinique chirurgicale

de la Salpêtrière quatre observations de nécrose aseptique survenue sur des fibromes irradiés antérieurement (Obs. n^{os} 8, 15, 16, 20).

Dans l'observation n^o 8, il s'agissait d'un fibrome inclus dans le ligament large dont l'extirpation fut fort difficile. C'est l'examen histologique qui a montré un fibro-myome en voie de nécrose aseptique.

Dans l'observation n^o 15, une femme de soixante ans accuse des douleurs et des métrorragies. On la traite par les rayons. L'intervention découvre un fibro-myome utérin en partie nécrotique, largement envahi par un épithélioma du corps utérin.

Dans l'observation n^o 16, on a appliqué des rayons sur un fibrome douloureux au toucher vaginal.

Ce seul signe était une contre-indication aux radiations. A l'examen anatomo-pathologique : fibrome en voie de nécrose colloïdo-kystique.

L'observation n^o 20 nous paraît particulièrement intéressante : L'utérus n'est ni très gros, ni douloureux. La radiothérapie arrête les hémorragies, mais des douleurs persistantes sont apparues à la suite de ce traitement. On constate, après l'intervention chirurgicale, une nécrose étendue du fibrome. Il semble que, dans cette observation, les radiations ont dû favoriser la nécrose de la tumeur, les douleurs n'étant apparues qu'après le traitement par les agents physiques.

Avant d'envisager les autres contre-indications du traitement par les agents physiques, nous insisterons sur un signe presque constant dans les fibromes infectés



FIG. 1. — *Pièce de l'observation n° 46*
Fibrome en voie de nécrose colloïdo-kystique



FIG. 2. — *Pièce de l'observation n° 48*
Fibrome non dégénéré ayant augmenté de volume malgré le radium

ou nécrosés, dans les fibromes associés à une inflammation utérine ou annexielle : la douleur.

Les tableaux cliniques ne sont pas toujours très nets ; l'infection se manifeste parfois par un minimum de signes, mais l'existence de douleurs doit suffire à attirer l'attention. Tout fibrome douloureux est un fibrome qui se complique, donc un fibrome où la physiothérapie est contre-indiquée.

des douleurs expulsives continues avec crises doivent faire craindre l'accouchement avec plus ou moins de sphacèle d'un fibrome intra-cavitaire.

des douleurs à type péritonéal avec abdomen cliniquement sensible rendant pénible le moindre effort (sans qu'il soit question de pelvi-péritonite) doivent faire soupçonner l'annexite concomittante « Un péritoine qui réagit autour d'un fibrome est un péritoine qui ne doit pas être soumis aux rayons » (Tixier).

des douleurs siégeant dans le fibrome lui-même doivent faire redouter des troubles de nutrition au niveau de la tumeur, notamment la gangrène, la nécrose aseptique.

En conclusion : ne jamais irradier un fibrome douloureux, même s'il y a absence de crises douloureuses spontanées, même s'il n'existe qu'une douleur provoquée au toucher vaginal dans un cul-de-sac ou au niveau du fibrome.

4° Une autre contre-indication des fibromes à la physiothérapie est l'existence d'une dégénérescence ma-

ligne, que celle-ci soit développée sur le fibrome ou sur l'utérus.

Lorsque la dégénérescence maligne siège sur le fibrome lui-même, il peut s'agir d'une dégénérescence sarcomateuse, plus rarement d'une transformation en leio-myome.

La transformation sarcomateuse est difficile à dépister au début. La plus grande fréquence des hémorragies, l'apparition des douleurs, la constatation d'une légère ascite sont des signes souvent tardifs de même que la fixation, le ramollissement, la brusque augmentation du volume du fibrome. Dans ce cas l'opération est grave, le pronostic mauvais.

Le leio-myome malin n'a pas une symptomatologie plus caractéristique : A la ménopause ou après celle-ci, la tumeur utérine se développe rapidement. Elle est molle, de consistance inégale, pseudo-kystique par places.

Les pertes rouges sont continuelles, l'état général s'altère vite. Ces signes peuvent faire suspecter une dégénérescence.

Mais, dans bien des cas, la symptomatologie est moins complète. Le meilleur signe est la brusque augmentation de volume d'un fibrome depuis longtemps stationnaire.

L'existence d'hémorragies tendant à devenir quotidiennes, l'altération de l'état général devront suffire parfois pour faire considérer le fibrome comme suspect de dégénérescence.

La dégénérescence maligne est une des complications

où s'affrontent les deux traitements physiothérapique et chirurgical.

Béclère, de nombreux auteurs étrangers, allemands surtout, soutiennent que sarcomes et leio-myomes guérissent par les radiations.

Les chirurgiens, répliquant par la difficulté du diagnostic clinique de ces dégénérescences, estiment qu'on ne peut appliquer systématiquement chez des fibromateuses des doses de radium ou de rayons X assez puissantes pour agir sur un tissu sarcomateux.

Les doses employées habituellement pour les fibromes seraient susceptibles de donner, au contraire, un coup de fouet à la lésion.

Il faut donc opérer ces fibromes, même s'ils sont simplement suspects de dégénérescence maligne.

Quand le diagnostic de ces dégénérescences est fait trop tard, que l'intervention ne peut plus se borner qu'à une laparotomie exploratrice, il ne semble pas que le radium ou les rayons puissent retarder l'évolution rapidement fatale d'un sarcome ou d'un leio-myome.

Nous insisterons, en outre, sur le fait que ces dégénérescences peuvent se rencontrer sur des fibromes traités antérieurement par le radium ou les rayons X.

Tantôt on a traité le fibrome par les radiations et l'indication de la physiothérapie semblait bien posée, rien ne pouvant dans l'histoire de l'affection, dans l'examen clinique faire soupçonner la dégénérescence.

Les agents physiques échouent. On opère secondairement et à l'intervention ou à l'examen histologique, on découvre une dégénérescence du tissu fibromateux.

Tantôt au contraire le fibrome semble avoir été traité avec succès par les rayons ou le radium, mais au bout d'un temps variable, parfois plusieurs années, il y a réapparition de signes qui indiquent un fibrome en pleine évolution. On intervient. On trouve un fibrome dégénéré, parfois même inopérable avec propagation péritonéale.

Nous rapportons plus loin au chapitre IV, six observations de dégénérescence maligne développée sur des fibromes irradiés.

Dans les observation n^{os} 26, 27, 32 il y a eu échec immédiat des rayons.

Dans les observation n^{os} 28, 29, 31 il y a eu succès apparent plus ou moins prolongé des radiations, puis réapparition de signes alarmants.

Dans d'autres cas, la dégénérescence maligne ne se développe pas sur le fibrome lui-même mais sur l'utérus. Il s'agit d'une dégénérescence maligne associée à un fibrome qui, dans la grosse majorité des cas, conserve sa structure histologique habituelle.

La dégénérescence maligne siégeant sur l'utérus peut siéger sur le col ou sur le corps.

Si le cancer siége sur le col utérin, deux éventualités sont possibles :

ou il s'agit d'un cancer évident au toucher, ou il s'agit d'un cancer au début.

Si le cancer du col est évident, la constatation d'un fibrome associé n'a guère d'intérêt. Le traitement doit être dirigé uniquement contre le cancer.

Si le cancer du col est au début, on risque de le

méconnaître, l'attention étant retenue uniquement par le fibrome. Cependant les caractères des écoulements sanguins sont différents : pertes quotidiennes, continues, mais s'exagérant par le toucher vaginal, les injections. Le col n'est jamais absolument normal. On se méfiera de tous les cols d'une trop grande dureté, des cols saignants facilement, suintement sanguin qu'exagèrent le toucher ou la pose d'un spéculum ; enfin tous les cols même légèrement entr'ouverts sont suspects.

On doit toujours en effet penser à la possibilité d'un cancer endo-cervical qui, pour certains auteurs, serait souvent le mode de début du cancer du col utérin. L'examen systématique au spéculum sera suivi de la biopsie. Celle-ci dépistera la lésion maligne d'origine cervicale.

On a rapporté un certain nombre d'observations de cancer du col survenant chez les fibromateuses ayant été soumises à un traitement par les radiations. Ameline en rapporte un très beau cas dans la Gazette médicale de France du 15 mars 1931. Ces observations ne sauraient d'ailleurs être un argument contre le traitement curiéthérapique des néoplasmes du col utérin, les doses employées en cas de fibrome étant toutes différentes de celles employées en cas de cancer cervical.

L'association du cancer du corps utérin et du fibrome utérin est également possible.

Sa fréquence varie d'après les statistiques.

Elle surviendrait pour Bouilly dans 4 % des cas ; le professeur Tixier n'en rapporte que quatre cas sur quatre cent cinquante-deux cas. Piquaud estime que

cette association se rencontre seulement dans 1,5 % des cas.

Notre statistique qui n'envisage cependant que des fibromes traités antérieurement par la physiothérapie, arrive à des conclusions bien différentes. Sur trente trois cas : nous avons trouvé *six fois un fibrome et un cancer du corps utérin associé* : Deux fois (obs. n^{os} 14, 15) les deux lésions coexistaient et on aurait dû en faire le diagnostic à l'examen clinique. On aurait ainsi évité deux échecs aux radiations.

Quatre fois (obs. n^{os} 29, 30, 31, 33) la traduction clinique d'un cancer du corps utérin n'est apparue que plusieurs années après l'irradiation du fibrome.

Cliniquement chez une femme atteinte de fibrome, le cancer du corps peut se manifester de trois façons différentes.

Dans certains cas le fibrome utérin est diagnostiqué depuis longtemps mais n'a pas été traité. C'est un fibrome peu évolutif, provoquant des troubles insignifiants : règles un peu prolongées sans retentissement sur l'état général. Progressivement, insidieusement, au voisinage de la ménopause, l'hémorragie devient continue ou est remplacée par un suintement rosé, quotidien. Parfois même la ménopause s'est bien effectuée. On a pu constater une régression de la tumeur au toucher vaginal, mais après un temps variable, un an, deux ans et plus, il y a réapparition des métrorragies.

Dans d'autres cas, le fibrome utérin est connu et a provoqué suffisamment de troubles pour justifier un

traitement par les radiations. Celui-ci a même été couronné de succès: arrêt des hémorragies, guérison apparente. Mais longtemps après, les hémorragies se sont reproduites et l'intervention a découvert un fibrome et un cancer du corps associés. C'est dans ce cadre que rentrent nos observations 29, 30, 31, 33.

Ces cas nous ont paru suffisamment intéressants pour justifier leur étude dans un chapitre spécial (chapitre IV).

Dans d'autres cas enfin, il s'agit d'une femme sans passé gynécologique. Le diagnostic de fibrome n'a jamais été posé. C'est après la ménopause qu'apparaissent des pertes rouges continues. Au toucher vaginal, l'utérus est tantôt seulement un peu gros, lisse, mobile, on porte le diagnostic de fibromatose sans fibrome; tantôt on découvre un utérus présentant nettement des noyaux ou même une tumeur fibromateuse.

On ne pense qu'au fibrome, on méconnaît le cancer du corps.

Chez une femme que l'on sait atteinte de fibrome, il faudra se méfier des hémorragies qui se produisent de façon presque continue, soit sous la forme d'un suintement léger avec recrudescences secondaires sans aucun rythme régulier et sans cause nettement appréciable, soit sous la forme d'un suintement ininterrompu, peu abondant. Souvent à ces pertes sanglantes se surajoutent des écoulements vaginaux parfois sanieus. Chez une femme au voisinage de la ménopause et surtout après la ménopause, il faut toujours avoir présent à l'esprit l'association possible fibrome et cancer du corps

utérin. Et, en pareil cas, une prompte et radicale intervention chirurgicale est le seul traitement (Siredey).

Nous avons trouvé dans les observations de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière deux cas où l'association fibrome-cancer du corps avait été méconnue : Erreur grave de diagnostic car dans les deux observations le caractère des hémorragies suffisait à soupçonner le cancer, erreur impardonnable de conduite thérapeutique.

Chez des femmes présentant des hémorragies après la ménopause, les radiations ne pouvaient aboutir qu'à un échec complet.

L'observation 14 concerne une femme de soixante ans, présentant brusquement, sans cause, des pertes de sang et de l'hyrorrhée d'une façon continue. Les séances de radiothérapie sont un échec complet. A l'intervention, on trouve, coexistants, un épithélioma du corps et un fibrome, celui-ci pesant sept cent soixante grammes. Probablement à cause de son volume, on n'a pensé qu'au fibrome, en méconnaissant le principe qu'un fibrome qui recommence à saigner après la ménopause n'est plus un fibrome pur.

L'observation 15 est aussi instructive. On applique des rayons X chez une femme de soixante ans venue consulter pour des hémorragies et des douleurs.

Naturellement échec complet des rayons.

A l'intervention : on découvre un fibro-myome utérin en partie nécrotique et un épithélioma du corps.

Ces deux observations nous amènent à étudier une nouvelle contre-indication formelle au traitement par

les radiations : Le fibrome qui occasionne des troubles après la ménopause.

5° Tout fibrome qui se révèle ou qui recommence à évoluer après la ménopause doit être tenu pour un fibrome compliqué, et doit faire rejeter la physiothérapie.

Chez certaines femmes après la ménopause on peut assister à l'apparition très intermittente des règles avec tous les caractères habituels et cela n'a rien d'alarmant. Ce ne sont là que des retours espacés de la menstruation se reproduisant deux ou trois fois par an et quelquefois plusieurs années de suite.

D'ailleurs le fibro-myome n'augmente pas de volume, les troubles fonctionnels sont nuls.

Ce qui doit être tenu pour suspect ce sont les pertes de sang prolongées, tendant à devenir continues chez des femmes qui ne sont plus réglées depuis longtemps. Même s'il n'y a pas d'hémorragies, il faut se méfier des fibromes qui grossissent après la ménopause. Il faut redouter la dégénérescence sarcomateuse, l'infection ou la nécrose du fibrome.

La chirurgie est donc la seule méthode thérapeutique à employer sur les fibromes suspects après la ménopause.

« Tout fibrome qui se manifeste après la ménopause doit être opéré, car il y a autre chose » (J. L. Faure).

« Après la ménopause plus de fibrome pur — Jamais de physiothérapie » (Tixier).

Les résultats des radiations sont non seulement nuls mais peuvent être mauvais et dangereux.

La dose de radium employée pour traiter un fibrome est une dose excitante pour le cancer du corps et non pas une dose cancéricide.

La dose cancéricide est dangereuse pour les fibromes car elle risque d'entraîner la nécrose ou d'autres complications septiques du fibrome.

La radiothérapie profonde à dose cancéricide risque la même chose (nécrose du fibrome dans l'observation n° 15). Après la ménopause, quand un fibrome se manifeste, la physiothérapie est un traitement dangereux.

6° Certaines modifications stricturales, dégénéréscences bénignes, calcaire ou œdémateuse du fibrome, nous semblent aussi justiciables de la chirurgie.

Le diagnostic clinique de ces transformations est souvent fort difficile.

On peut poser cependant en principe qu'on interviendra chirurgicalement sur tous les fibromes de consistance trop dure ou trop molle.

Dans les fibromes en dégénérescence calcaire le danger de l'irradiation est le sphacèle. Très souvent l'infiltration calcaire commence par la périphérie et les agents physiques entraînent facilement et très vite le sphacèle de la portion centrale déjà soumise à des conditions circulatoires anormales et insuffisantes (Ame-line et Pétrulian).

Il y aurait intérêt à pratiquer une radiographie avant d'irradier les fibromes de consistance dure. Celle-ci

pourrait montrer l'opacité plus ou moins nette des noyaux fibromateux contr'indiquant la physiothérapie.

Dans les fibromes en dégénérescence œdémateuse, mous, presque fluctuants à cavité pseudo-kystique, le traitement chirurgical doit être préféré aux rayons. L'observation n° 21 montre un échec des radiations sur un fibrome en dégénérescence œdémateuse.

7° L'association avec une autre affection est également une contre-indication aux radiations.

Nous avons déjà longuement insisté sur les échecs et même les dangers de la physiothérapie lorsque le fibrome coexiste avec une lésion annexielle ou un cancer du corps utérin.

Nous rappellerons seulement l'association fréquente fibrome et kyste de l'ovaire. Celui-ci n'est pas toujours d'un diagnostic facile. Il n'y a pas de sillon entre la masse fibromateuse et la masse kystique, le kyste peut être inclus dans le ligament large ou bloqué dans le Douglas. Il est trop souvent pris pour une tumeur utérine.

8° Dans tous les cas où le diagnostic de fibrome n'est pas certain, il faut rejeter la physiothérapie.

Il ne faut pas s'exposer à traiter par les agents physiques un kyste de l'ovaire pris pour un fibrome, un utérus entouré de masses annexielles mal refroidies ou même une grossesse extra-utérine intra-ligamentaire.

Lorsque ces erreurs de diagnostic sont redressées par l'acte opératoire, elles n'ont pas de graves consé-

quences. Il en est tout autrement si l'on a eu recours aux radiations.

« Dès qu'il y a doute sur la nature exacte de la tumeur pelvienne, il faut prendre le bistouri » (Tixier).

Et l'on ne saurait trop répéter qu'en gynécologie, c'est le fibrome qui est le plus susceptible de conduire à des interprétations erronées.

L'erreur la plus fréquente est de prendre un kyste de l'ovaire pour un fibrome.

Le diagnostic clinique entre les deux affections est parfois fort difficile et l'examen radiologique après injection intra-utérine de lipiodol devrait être plus souvent pratiqué, car il permet parfois de préciser le diagnostic.

De plus l'erreur est grave. Il est très difficile de pouvoir affirmer par la clinique si une tumeur de l'ovaire est bénigne ou maligne, les symptômes qu'elle entraîne, les signes perçus au toucher vaginal pouvant être essentiellement trompeurs.

Les radiations enfin aboutissent sur les tumeurs de l'ovaire non seulement à un échec complet mais favorisent la dégénérescence maligne de ces tumeurs.

Nous rapportons une observation où un kyste de l'ovaire a été pris à tort pour un fibrome et irradié. L'intervention ultérieure a découvert un kyste de l'ovaire dégénéré sans aucun fibrome utérin.

Cette observation nous a été transmise par le Docteur Raymond Leibovici et, comme elle n'appartient aux archives de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, nous la relatons immédiatement.

Mme B..., a été, en 1923, traitée par dix séances de rayons X pour un fibrome entraînant des métrorragies. A la suite du traitement il y a arrêt des hémorragies et des règles. En 1933, dix ans après les irradiations, elle recommence à avoir des pertes rouges, souvent séro-sanguinolentes et fétides, et des douleurs à type de sciatique dans le membre inférieur gauche.

Au toucher on sent une masse mate à la percussion, paraissant kystique, siégeant dans la fosse iliaque gauche. A l'intervention, après laparotomie médiane sous-ombilicale on trouve le côlon pelvien rigide, en avant sur la ligne médiane, surélevé par la saillie d'une tumeur kystique développée dans le meso. Cette tumeur est du volume d'un gros poing, aplati, tendue. Elle fait saillie sous les deux feuillets droit et gauche, du meso-côlon pelvien. Il s'agit d'un kyste de l'ovaire gauche à développement d'abord intra-ligamentaire puis ensuite intra méso-colique. On ponctionne le kyste, on évacue son contenu et on commence la libération du méso-côlon en ayant bien soin de ménager l'arcade artérielle juxta-intestinale et les artères sigmoïdes.

On extirpe d'abord le kyste puis on pratique une hystérectomie car les annexes droites sont adhérentes et manifestement pathologiques, mais il n'y a pas trace de fibrome utérin.

Fermeture de la poche méso-colique après vérification de la circulation artérielle de l'intestin.

Péritonisation dans la mesure du possible, Mikulicz dans le cul-de-sac de Douglas qui est complètement déperitonisé.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un kyste dont la paroi est hérissée de végétations molles donnant à penser qu'il s'agit d'une dégénérescence maligne.

L'examen histologique révèle une tumeur constituée par un stroma généralement assez abondant, creusé de cavités de tailles variables remplies de végétations à axes grêles et à revêtement tantôt indifférencié, tantôt cylindrique haut d'apparence Wolfienne, mais toujours très atypique.

En somme : Kyste végétant, histologiquement de nature cancéreuse,

9° *L'échec d'un traitement par le radium ou les rayons X doit faire recourir à l'acte chirurgical.*

Si malgré un traitement bien conduit par les agents physiques, il persiste des hémorragies, une tumeur gênante entraînant des phénomènes de compression, il faut intervenir chirurgicalement. Neuf fois sur dix un traitement radiothérapique qui a échoué, implique des indications mal posées. A côté de grossières erreurs, radiations sur des fibromes infectés, sur des fibromes se manifestant après la ménopause, nous montrerons dans le chapitre III que la contre-indication au radium ou aux rayons n'est découverte parfois que par l'intervention chirurgicale ou même par l'examen histologique de la pièce extirpée (obs. n° 20 à 23).

Dans ces conditions ne jamais s'acharner à un traitement par les radiations qui ne donnent pas de résultats. Les cas sont bien connus de ces malades subissant la physiothérapie depuis six mois, un an et même dix-huit

mois (cas de notre obs. n° 4 — dix huit mois de rayons X sur un fibrome non hémorragique ne provoquant que des troubles urinaires). Certaines malades ont subi cinquante, cent et même cent cinquante séances de rayons X et cela sans aucun résultat.

Si la physiothérapie échoue, même quand tout plaide en sa faveur, il faut sans tarder recourir à l'acte opératoire.

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

Les contre-indications relatives à la physiothérapie peuvent être en rapport avec l'âge de la malade, le volume du fibrome, la coexistence d'une lésion métritique cervicale.

1. Le traitement par les radiations est plus ou moins indiqué suivant l'âge de la malade.

Nous avons vu que les fibromes se manifestant après la ménopause contre-indiquaient formellement les radiations. Nous n'y reviendrons pas. Notons cependant que nous relevons quatre observations de fibromes irradiés après cinquante cinq ans.

Dans tous les cas il s'agissait de dégénérescences malignes développées sur le fibrome ou associées ;

1 dégénérescence sarcomateuse (obs. 27) ;

1 léiomyome (obs. 28) ;

2 cancers du corps utérin (obs. 14 et 15).

Chez les femmes avant 40 ans l'intervention laisse parfois la possibilité de faire une opération conserva-

trice que certains chirurgiens considèrent comme excellente : La Myomectomie. Cette intervention a été pratiquée chez une femme de trente-huit ans qui fait l'objet de l'observation n° 4.

D'autre part, peut-on affirmer que ce fibrome irradié dont on a simplement supprimé les manifestations grossières hémorragiques, qui a des années devant lui pour reprendre son activité histologique, ne va pas subir ultérieurement des transformations variées, parfois malignes.

Le professeur Tixier, au Congrès de Chirurgie de 1924, déclarait que c'était là une inconnue car il n'existait pas encore un recul suffisant pour connaître les résultats éloignés de la physiothérapie appliquée sur les fibromes des jeunes.

Dans notre statistique nous relevons neuf cas dans lesquels la physiothérapie avait été utilisée comme traitement chez des femmes de moins de quarante ans.

Sur ces neuf cas où l'acte chirurgical a été jugé secondairement nécessaire, on a trouvé :

Deux fois un fibrome en état de nécrose (obs. 16 et 20) ;

Deux fois un fibrome ayant subi la dégénérescence sarcomateuse ;

Une fois un fibrome ayant brusquement augmenté de volume.

Dans ces observations on peut affirmer que chez ces femmes jeunes, le fibrome avait continué à évoluer malgré les irradiations.

En conclusion, chez la femme avant quarante ans,

l'âge ne suffit pas lui seul à décider du traitement chirurgical ou physique.

Il semble cependant que la chirurgie donne de meilleurs résultats que les radiations. Après celles-ci les guérisons sont souvent incomplètes, laissant dans l'abdomen un organe malade capable de provoquer des complications ultérieures, de subir même la dégénérescence maligne.

Chez la femme entre quarante et cinquante ans, pour tous les auteurs, c'est la période idéale pour la physiothérapie. Les rayons ou le radium vont favoriser le travail naturel de régression du fibrome en hâtant la ménopause.

Encore faut-il qu'il s'agisse de fibromes mobiles, peu volumineux, simplement hémorragiques.

La collaboration du radiothérapeute et du chirurgien est d'ailleurs indispensable.

Dans notre statistique on a dû intervenir onze fois sur des fibromes qui avaient été irradiés entre quarante et cinquante ans. Ce qui prouve bien que la physiothérapie n'est pas le seul traitement durant cette période.

Chez la femme à la ménopause la physiothérapie pourrait apparaître comme la méthode de choix pour exécuter la castration ovarienne.

Elle est cependant dangereuse car c'est la période critique des fibromes. Un fibrome normalement à la ménopause devrait régresser. S'il entraîne des troubles sérieux il faut craindre l'apparition d'une complication grave. La nature de celle-ci, son degré de malignité est difficile à reconnaître cliniquement. Seule l'intervention chirurgi-

cale est prudente et la physiothérapie est « une méthode d'exception » à la ménopause (Tixier).

Dans les observations que nous publions, on a dû intervenir chirurgicalement neuf fois sur des fibromes qui avaient été irradiés au moment de la ménopause (entre 48 et 54 ans).

2° Le volume de la tumeur peut constituer à lui seul une contre-indication relative aux radiations.

C'est une question qui ne se pose guère que pour les fibromes abdominaux.

On sait que dans les fibromes pelviens c'est moins le volume qui intervient dans le choix du traitement que le siège anatomique et la gravité du fibrome.

De nombreux radiothérapeutes ont réussi à faire guérir des fibromes dépassant l'ombilic et atteignant même le rebord costal, mais peut-on compter d'une façon certaine sur la régression de la tumeur après rayons ? Est-ce guérir un fibrome que d'arrêter ses hémorragies en laissant dans l'abdomen une tumeur débordant l'ombilic ? Nous reviendrons sur cette question dans le chapitre suivant.

Pour la majorité des auteurs, un fibrome atteignant l'ombilic est une indication au traitement chirurgical, car on ne peut affirmer la régression du fibrome après les radiations.

Nous rapportons trois observations (obs. n° 17-18-19) où l'on est intervenu pour persistance d'un gros fibrome mal supporté malgré le traitement antérieur par les agents physiques.

La malade de l'observation n° 17 avait subi sans succès un traitement à la fois par le radium et par les rayons.

Cependant à l'intervention on trouve persistant un gros fibrome du volume d'une tête d'enfant.

Dans l'observation n° 18, deux applications de radium ne suffisent pas à faire disparaître les phénomènes douloureux.

À l'intervention il persiste un fibrome gros comme une tête d'enfant.

Il en est de même dans l'observation n° 19 où, malgré quatorze séances de rayons X, on découvre à l'intervention un gros utérus atteignant l'ombilic.

Dans beaucoup d'autres observations, on trouve à l'intervention un fibrome encore très volumineux, mais l'acte opératoire n'a pas été dicté seulement par la persistance d'une grosse tumeur mal supportée.

3° Une dernière contre-indication relative est la coexistence d'une lésion métritique cervicale.

On se méfiera toutes les fois qu'il existe des lésions métritiques anciennes du col sur un utérus fibromateux.

Il y a souvent dans ces cas des lésions histologiques très précises: état adénomateux des culs-de-sac glandulaires, métaplasies épithéliales qui réagissent d'une façon mal connue et peut-être dangereuse aux irradiations.

L'hystérectomie totale semble dans ces cas la thérapeutique de sagesse.

CHAPITRE II

LES INDICATIONS DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DANS LES FIBROMES UTÉRINS

Les indications du traitement des fibromes utérins par les agents physiques sont plus limitées que celles du traitement par la chirurgie.

Certains fibromes semblent cependant relever tout particulièrement de la thérapeutique par les rayons ou par le radium.

Ce sont les fibromes de petit ou de moyen volume restant au-dessous de l'ombilic, bien mobiles, sans lésions annexielles et dont la manifestation clinique principale est l'hémorragie abondante.

Encore faudra-t-il, comme y a insisté Tixier, analyser soigneusement les caractères de l'hémorragie.

Hémorragie coexistant avec une tumeur utérine à évolution lente et progressive ne veut pas dire fatalement fibrome simple, et guérir une femme de ces hémorragies ne permet pas de promettre la guérison définitive.

Sur la seule analyse des caractères de l'hémorragie on peut assez souvent soupçonner si un fibrome est simple ou compliqué.

Dans les fibromes simples, il s'agit d'hémorragies périodiques, sans odeur fétide, calmées par le repos, exagérées par la fatigue survenant chez les femmes avant la ménopause.

Si l'hémorragie n'a pas ces caractères il faut se méfier.

Il faut se rappeler en outre que les hémorragies tenaces, rebelles et même menaçantes sont surtout le fait des fibromes sous-muqueux, pédiculés ou non, dans lesquels les agents physiques sont parfois dangereux favorisant leur sphacèle ou leur suppuration.

A elle seule l'étude de l'hémorragie peut donc fournir des notions importantes pour conduire au choix du traitement.

La physiothérapie semble également le traitement de choix dans les fibromes interstitiels du corps utérin n'atteignant pas le volume du poing, réalisant le type de l'utérus scléreux sans bosselures, ne renfermant que les myomes rudimentaires. Ces fibromes saignent peu mais, de petit volume, ne s'accompagnant d'aucune douleur spontanée ou provoquée au toucher vaginal, ils paraissent capables de bien réagir aux irradiations.

On peut estimer que la physiothérapie est également le traitement à employer dans les fibromes qui se compliquent de troubles sérieux de l'état général rendant dangereux l'acte opératoire, rendant impossible toute anesthésie générale : diabète, obésité, insuffisance hépatique, rénale ou cardiaque.

Encore faut-il avant de recourir au traitement par les agents physiques s'assurer qu'il n'existe aucune lésion contre-indiquant la physiothérapie, et que l'atteinte de l'état général n'est pas due au fibrome lui-même.

On ne pourra, en effet, employer le traitement par les agents physiques que s'il n'existe au niveau du fibrome ou des annexes aucune lésion pouvant contre-indiquer les irradiations. Il faut qu'il n'y ait aucune douleur ni

dans les culs-de-sac, ni au niveau du fibrome, sinon on s'exposerait à de véritables désastres.

Cependant, on pourra élargir chez ces femmes chargées de tares les cadres du traitement par les rayons. On sera autorisé par exemple, à tenter la radiothérapie sur un gros fibrome abdominal dépassant l'ombilic. Si la physiothérapie échoue, on aura tout fait pour éviter une intervention grave.

Mais il faudra bien se garder d'appliquer systématiquement le traitement par les agents physiques dans les cas où la chirurgie est contre-indiquée. Dire : il y a impossibilité d'employer la méthode chirurgicale, donc traitement par la physiothérapie, est une formule dangereuse. Il vaut mieux s'abstenir de toute thérapeutique efficace que de traiter par les radiations un fibrome suspect de sphacèle, ou susceptible d'être associé à une annexite.

Un autre point important à considérer, avant d'employer les irradiations chez ces femmes à mauvais état général, est de s'assurer que l'atteinte de celui-ci ne vient pas du fibrome. Un fibrome intra-ligamentaire comprimant l'uretère est capable de provoquer une insuffisance rénale grave. Après son ablation, le fonctionnement rénal peut redevenir normal. Un fibrome en nécrobiose est susceptible d'entraîner une altération profonde de l'état général. Son extirpation est suivie rapidement de la disparition des troubles.

En résumé, les radiations sont indiquées :

dans les fibromes de petit et moyen volume qui saignent ;

dans les petits fibromes mobiles et non douloureux ;
dans les fibromes où il existe une atteinte de l'état général dont on ne peut rendre responsable le fibrome.

Il n'est guère possible d'élargir le cadre des indications du traitement par les agents physiques. Certains auteurs ont écrit « Il est logique de recourir au traitement par les rayons dans les cas de refus d'opération sanglante. On peut concevoir alors ce traitement comme un traitement provisoire ou un traitement d'attente ».

La formule est mauvaise et, peut être même, dangereuse.

Le traitement par les agents physiques ne peut être considéré comme une thérapeutique palliative des fibromes utérins, et, sauf le cas de fibromes non douloureux et hémorragiques où l'on pourrait, à la rigueur, donner le choix à la malade, la formule est erronée. Elle risque même, sous prétexte de vouloir faire quelque chose à toute force, de traiter par les rayons un fibrome infecté ou en voie de nécrose.

On a conseillé aussi de recourir à la physiothérapie, au radium notamment, comme traitement pré-opératoire. Avant de pratiquer l'hystérectomie subtotale, intervention généralement pratiquée dans les fibromes utérins, la pose de radium éviterait l'apparition ultérieure possible d'un cancer sur le moignon cervical. C'est là une méthode à rejeter, il semble bien que dans de nombreux cas les irradiations antérieures rendent plus difficile l'acte opératoire. Nous reviendrons sur ce sujet au chapitre V de notre travail.

Un dernier écueil du traitement par les agents phy-

siques est d'exiger un diagnostic absolument certain. Nous avons déjà insisté sur ce point au chapitre précédent.

Il n'en est pas moins vrai que dans les cas judicieusement choisis, bien sélectionnés, on peut arriver par les radiations à d'excellents résultats.

Kelly sur deux cents malades traitées par les radiations arrive à cette conclusion :

Guérison des hémorragies dans tous les cas.

Disparition de la tumeur neuf fois sur dix.

Quand l'indication de la physiothérapie est bien posée les hémorragies disparaissent, en effet, rapidement et d'une façon presque constante. Parfois on peut observer une hydorrée persistante pendant trente ou quarante jours. De fait, dans tous les cas que nous rapportons et où les hémorragies ont continué malgré les irradiations, nous avons toujours trouvé une cause pour expliquer leur persistance.

La tumeur regresse souvent. D'après les partisans de la physiothérapie le fibrome diminue de moitié en une semaine, regresse complètement en un mois. Ils reconnaissent cependant que cette regression peut ne commencer qu'au bout de quelques semaines. La diminution de volume se poursuivant lentement est complète en un temps qui varie de deux à quatre mois. Cette disparition de la tumeur paraît être beaucoup moins constante qu'on ne le dit habituellement.

Au Congrès de Chirurgie de 1924, le professeur Proust a déclaré « Après irradiation, le fibrome subsiste toujours dans sa coque, mais il s'est tassé, ratatiné, les élé-

ments musculaires se sont atrophiés, les vaisseaux se sont oblitérés. Demander à la radiothérapie la suppression des hémorragies et la diminution de volume de la tumeur, c'est bien. En demander la disparition totale, c'est une erreur de conception. S'étonner de retrouver à la laparotomie les traces d'un fibrome préalablement irradié, c'est une faute de compréhension de la méthode ».

Aussi n'avons-nous jamais considéré dans notre travail comme échec de la physiothérapie les cas où persiste malgré les rayons un utérus de moyen volume ne provoquant aucun trouble.

Dans toutes les observations que nous rapportons, jamais l'acte chirurgical n'a été décidé parce qu'il existait encore une tumeur utérine parfaitement tolérée.

Trois fois (observations nos 17, 18, 19) on est intervenu chirurgicalement pour une grosse tumeur utérine ayant résisté aux radiations, mais celle-ci était mal supportée, entraînant de gros troubles.

Avant de terminer ce chapitre nous rappellerons un principe important sur lequel de nombreux auteurs (Tixier, Forgue) ont déjà longuement insisté : même dans les cas de fibromes utérins à traiter par les radiations, le chirurgien doit jouer un rôle important. C'est lui qui est compétent pour décider du traitement qui convient à chaque cas. Une fois le traitement par les agents physiques décidé, le chirurgien et le radiothérapeute doivent collaborer. Pendant la cure par les ra-

diation la malade doit être suivie chirurgicalement.

Certains incidents peuvent, s'ils persistent, commander l'arrêt du traitement par les irradiations.

L'élévation thermique, les douleurs, les pertes fétides, la persistance anormale des hémorragies doivent faire soupçonner une indication thérapeutique mal posée. On redressera ainsi, à temps, quelques erreurs de traitement, on évitera des échecs à une méthode qui, bien dirigée, a guéri et guérira encore un pourcentage élevé de fibromes utérins.

Il nous semble possible de résumer de la façon suivante les indications respectives de la physiothérapie et de la chirurgie.

Il faut opérer (mise à part toute contre-indication venant de l'état général) :

- les fibromes fixés, les fibromes nettement pédiculés sous-séreux ;
- les fibromes accompagnés d'un état fébrile ou sub-fébrile ;
- les fibromes douloureux devant faire craindre la nécrobiose ;
- les fibromes trop durs suspects de dégénérescence calcaire ou au contraire pseudo-fluctuants, suspects de dégénérescence œdémateuse ;
- les fibromes qui ont grossi trop vite devant faire redouter une dégénérescence maligne ;
- les fibromes accompagnés d'une autre affection chirurgicale ;

— les fibromes dont le diagnostic n'est ni absolument sûr, ni absolument précis ;

— les fibromes qui se manifestent après la ménopause,

Il y a intérêt à opérer :

Les fibromes occasionnant des troubles au moment de la ménopause ;

Les fibromes qui, par leur volume, atteignent l'ombilic ;

Les fibromes avec métrite cervicale.

La physiothérapie semble indiquée pour :

Les fibromes ronds, réguliers, mobiles, de petit ou de moyen volume se traduisant surtout par des hémorragies, les plus beaux succès étant obtenus chez les femmes entre quarante et cinquante ans, et le type anatomique idéal étant la fibromatose diffuse de l'utérus.

CHAPITRE III

ÉCHECS DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DANS DES CAS OU ELLE SEMBLAIT JUSTIFIÉE

Nous rapportons dans ce chapitre un certain nombre de cas où l'échec des agents physiques semble difficilement explicable. L'indication de la physiothérapie était bien posée : fibrome hémorragique de petit ou de moyen volume. Parfois il y a eu arrêt des hémorragies, amélioration et même guérison apparente pendant plusieurs années : dix ans dans l'observation 24, cinq ans dans l'observation n° 25. Parfois au contraire les radiations n'ont obtenu qu'une amélioration incomplète (obs. 20) ou même n'ont donné absolument aucun résultat (obs. 21-22-23).

Dans quatre observation (obs. 20-21-22-23) l'intervention secondaire a permis d'expliquer l'échec des rayons.

Dans deux observations (obs. 24-25) on n'a pu que constater la rapide augmentation de volume du fibrome après une période de guérison de cinq ans dans le premier cas, de dix ans dans le second, sans pouvoir découvrir une cause à cette reprise évolutive.

Chez la malade de l'observation 20, il y avait sans nul doute indication à l'emploi des rayons : Utérus mobile remontant jusqu'à mi-chemin de l'ombilic, utérus sans bosselure.

Néanmoins si la radiothérapie arrête les hémorragies, elle provoque des phénomènes douloureux persistants qui justifient l'acte chirurgical. A l'intervention l'utérus

est dur, les annexes sclérosées et atrophiées par les rayons ; mais néanmoins l'hystérectomie sus vaginale est relativement facile. C'est l'examen histologique qui explique l'origine des phénomènes douloureux que l'examen clinique n'arrivait pas à rattacher à une cause quelconque. Il montre une nécrose étendue du fibrome. Peut-être celle-ci est-elle imputable aux rayons, puisque les crises douloureuses ne sont apparues qu'après leur application.

Dans l'observation 21, la malade accuse des crises douloureuses plus ou moins espacées malgré des séances de radiothérapie antérieures. Cependant les rayons semblaient justifiés : fibrome gros comme le poing, mobile, non douloureux.

A l'intervention on est déjà frappé par la mollesse du fibrome.

L'examen macroscopique de la pièce extirpée montre à la coupe un fibro-myome de consistance gélatineuse sans nécrose ni calcification.

L'examen histologique révèle un œdème interstitiel énorme du stroma sans trace de dégénérescence maligne.

Rien ne pouvait cliniquement faire suspecter cette dégénérescence bénigne.

Aussi caractéristique est l'histoire de la malade de l'observation n° 22. Un petit fibrome, saignant beaucoup. On pratique douze séances de radiothérapie profonde qui non seulement ne provoquent aucune amélioration, mais sont suivies d'une accentuation des pertes rouges qui deviennent quotidiennes et d'une atteinte de l'état général.

A l'intervention rendue difficile par les adhérences on trouve un utérus remontant à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.

C'est seulement à l'ouverture de la pièce que l'on s'explique l'échec des rayons : on découvre un gros polype intra-cavitaire que rien ne pouvait faire soupçonner : au toucher vaginal, en effet, le col était fermé, de consistance normale.

Le cas de l'observation 23 se rapproche du précédent. Fibrome peu volumineux provoquant des hémorragies abondantes. Aucune amélioration par les rayons X. Rien de particulier à l'intervention. C'est seulement la pièce ouverte qu'on trouve un fibrome du volume d'un œuf commençant à s'engager dans le col comme un polype.

Il nous a paru intéressant de rapporter ces quatre observations où l'on ne peut invoquer une erreur d'indication thérapeutique.

Si malgré un traitement bien conduit par les agents physiques, il persiste des hémorragies, s'il apparaît des douleurs, il faut intervenir chirurgicalement, même si l'indication du traitement par les agents physiques semblait justifiée.

Parfois, comme dans nos observations, l'examen macroscopique et même microscopique expliqueront seuls l'échec de la physiothérapie, le chirurgien ne constatant au cours de l'acte opératoire aucune lésion susceptible d'expliquer l'insuccès des radiations

Notons cependant que dans deux observations sur quatre (observations 22 et 33), il s'agit de fibromes sous

muqueux développés sur des utérus qui, à l'examen clinique, apparaissent simplement comme le siège d'une fibromateuse diffuse.

Nous avons insisté sur la difficulté du diagnostic clinique de ces fibromes sous-muqueux au chapitre I. Il y aurait eu intérêt à faire précéder la physiothérapie d'un examen radiologique après injection intra-utérine de lipiodol. Le gros polype intra-cavitaire dilatant la cavité utérine dans l'observation 22, le fibrome sous-muqueux du volume d'un œuf commençant à s'engager dans le col comme un polype, dans l'observation 23, seraient ainsi difficilement passés inaperçus. L'examen au lipiodol aurait permis probablement d'éviter un échec au traitement par les agents physiques.

Les observations 24 et 25 sont quelque peu différentes des précédentes. Elles sont caractérisées par le succès du traitement physiothérapique pendant plusieurs années, et par une augmentation rapide de volume de la tumeur que n'ont pu expliquer ni l'intervention, ni l'examen anatomo-pathologique.

L'observation 24 a une histoire des plus nettes :
Fibrome hémorragique traité avec succès en 1924.

En 1929, le fibrome augmente rapidement de volume au point de provoquer de la gêne respiratoire. L'examen clinique comme l'intervention découvrent un gros fibrome multilobé à évolution abdominale. A part quelques points nécrosés, l'examen histologique ne révèle rien d'anormal dans la structure de la tumeur.

Dans l'observation 25 le radium réussit à obtenir une guérison apparente pendant dix ans. Mais, sans cause

apparente, les hémorragies reparaissent et en quelques mois la tumeur augmente au point d'entraîner une déformation de l'abdomen. On découvre un gros fibrome remontant jusqu'à l'ombilic. L'examen histologique montre un fibro-myome utérin banal.

Ces deux observations nous paraissent fort intéressantes à bien des points de vue.

— longue période, cinq ans et dix ans, où le fibrome ne s'est manifesté par aucun symptôme. On était en droit de croire à une guérison définitive par les radiations.

— augmentation rapide du volume de la tumeur pouvant faire redouter une dégénérescence maligne.

-- absence cependant de toute lésion au niveau du fibrome à l'examen histologique.

Nous insistons sur le fait qu'il ne s'agit pas d'interventions chirurgicales sur des fibromes ayant incomplètement regressé sous l'influence des radiations et ne provoquant aucun trouble. Il s'agit de fibromes augmentant rapidement de volume, mal supportés, de fibromes recommençant à évoluer malgré une longue période de guérison apparente. Guérison des hémorragies ne signifie pas fatalement guérison du fibrome.

Nos deux observations semblent bien venir illustrer ce jugement.

CHAPITRE IV

FIBROMES TRAITÉS ANTÉRIEUREMENT
PAR LES AGENTS PHYSIQUES
DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE SECONDAIRE

Nous avons déjà insisté sur la coexistence possible d'un fibrome et d'un cancer du corps. Nous avons vu que la méconnaissance de l'épithélioma de la muqueuse utérine peut être souvent évitée si l'on se souvient que tout fibrome qui entraîne des troubles après la ménopause, n'est plus un fibrome pur, donc un fibrome relevant essentiellement du traitement chirurgical.

Dans ce chapitre nous envisageons seulement les dégénérescences malignes survenues plusieurs années après l'irradiation du fibrome.

Celles-ci peuvent être de deux sortes :

Les unes sont développées sur le fibrome lui-même :
Sarcomes, leiomyome malin.

Les autres sont développées sur l'utérus et coexistent avec le fibrome : épithélioma, adéno-carcinome.

Ces dégénérescences tardives développées sur des utérus irradiés seraient plus fréquentes qu'on ne le pense habituellement.

Dans un travail intitulé : fibromes utérins et cancers épithéliaux cavitaires (*Thèse Montpellier 1930*) Mireille Soulas relève seize cas de cancer du corps sur des fibromes ayant subi des applications de radiothérapie ou de radium. La plupart des auteurs de ces observations accusent les agents physiques d'avoir eu une action d'activation sur un néoplasme épithélial évoluant à bas bruit.

Sur ces seize cas certains ont eu une évolution particulièrement sombre.

— Une mort sur la table d'opération : Adéno-carcinome. Le fibrome avait été irradié deux ans auparavant.

— Quatre cas de cancer à évolution rapide après la réapparition des symptômes (deux cas de Mornard, un cas de J. L. Faure, un cas de Mathieu). La chirurgie ne réussit pas à éviter une issue rapidement fatale.

Parmi les autres cas, nous trouvons des fibromes irradiés avec succès 2 ans auparavant (cas de Bégouin, de J. L. Faure), trois ans (autre cas de J. L. Faure) et même 6 ans (cas rapporté dans la thèse de Buisson).

Dans les autres observations, les signes révélateurs du néoplasme sont apparus plus rapidement après l'irradiation du fibrome (durée variant de six mois à un an).

Nous rapportons dans notre travail six nouvelles observations de dégénérescence maligne apparue sur des fibromes irradiés généralement plusieurs années auparavant (obs. 26 à 31).

De plus, dans deux autres observations (observations n° 32 et 33) l'examen histologique a montré des lésions fort suspectes de dégénérescence.

Sur les 6 cas où l'examen histologique a confirmé de façon indiscutable une dégénérescence maligne, nous trouvons :

Deux observations de dégénérescence sarcomateuse (observations n° 26, et n° 27) dépistée d'ailleurs seulement par le microscope, l'une dans un polype fibreux d'aspect fort banal (observation n° 27), l'autre dans un assez gros fibrome d'aspect normal (obs. 26).



FIG. 3 et 4. — *Pièce de l'observation n° 29*

Double néoplasie sur un fibrome irradié

Epithélioma du corps utérin — Polype intra-cavitaire ayant subi
la dégénérescence sarcomateuse.

Un cas de leiomyome malin (observation n° 28) sur un fibrome irradié avec une apparence de succès.

Deux observations où il existait une double néoplasie. Dans l'observation n° 29 à côté d'un fibrome d'aspect banal, l'examen histologique découvre un épithélioma cylindrique typique du corps utérin et un polype ayant subi la dégénérescence sarcomateuse.

Dans l'observation n° 31 on trouve associés un épithélioma cylindrique typique du corps utérin et un fibro-myome utérin en dégénérescence fibro-sarcomateuse.

Enfin, dans l'observation n° 30, la laparotomie exploratrice découvre une généralisation péritonéale. Un fragment prélevé sur le péritoine pariétal permet de soupçonner l'origine probable aux dépens de l'utérus ou des annexes.

Dans deux observations (observations 32 et 33) l'examen microscopique n'a pu affirmer la dégénérescence. Cependant dans l'observation n° 32 on voit un aspect sarcomatoïde particulièrement suspect et dans l'observation n° 33 un état pré-cancéreux.

Nous insisterons sur la longue durée écoulée entre l'époque des irradiations et les premières manifestations de la dégénérescence dans certaines observations.

Huit ans dans les observations n° 29 et 31.

Dix ans dans l'observation n° 30. De plus dans cette dernière l'évolution du néoplasme semble avoir été particulièrement rapide comme dans les quatre cas rapportés par Mireille Soulas dans sa thèse.

Notons, enfin, que sur six observations indiscutables

de dégénérescence maligne développée sur des fibromes irradiés, il s'agit trois fois de dégénérescence sarcomateuse développée sur des polypes fibreux (obs. n^{os} 27, 29, 31). Ceux-ci déformant peu l'utérus, facilement méconnus à l'examen clinique, semblent particulièrement prédisposés après les irradiations, non seulement au sphacèle et à la suppuration, mais encore aux dégénérescences malignes.

CHAPITRE V

DIFFICULTÉ DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUR LES FIBROMES IRRADIÉS

Il est indiscutable que les radiations peuvent apporter des modifications aux fibro-myomes utérins. Depuis les discussions de 1920 et de 1921 à la Société de Chirurgie, on admet qu'il peut exister après radiothérapie :

— Des adhérences plus ou moins importantes entre le fibrome et les organes pelviens ou abdominaux.

— Une friabilité spéciale des organes et du péritoine pelvien apportant à l'acte opératoire des difficultés parfois grandes. L'utérus est particulièrement friable pouvant se déchirer profondément si l'on exerce la moindre traction sur lui avec une pince de Museux. Le péritoine a parfois une friabilité extraordinaire. Il saigne. Il rend la péritonisation difficile. Tous les points du surjet peuvent montrer un suintement hémorragique.

— Enfin une complication post-opératoire serait à craindre : Les incidents de réunion pariétale (Roux-Berger). Cette dernière complication n'est signalée dans aucune de nos observations.

Par contre sur les trente trois cas que nous rapportons, le compte-rendu opératoire insiste quatorze fois sur les difficultés parfois considérables rencontrées au cours de l'intervention.

Dans l'observation n° 1, tous les tissus sont rétractés. Tous les ligaments de l'utérus sont friables, mais ce caractère est particulièrement accusé sur les ligaments ronds.

Dans l'observation n° 3, la vessie est très vascularisée, difficilement décollée, le péritoine est attiré par le fibrome. Les vaisseaux sont atrophiés.

Dans l'observation n° 8, l'utérus petit est refoulé à droite mais aux dépens de son bord gauche est développée une volumineuse tumeur incluse dans le ligament large, multilobée, ayant décollé l'uretère gauche. Ce n'est qu'avec grande peine que l'on réussit à énucléer cette masse très adhérente au péritoine.

On est obligé de mèche la loge urétérale.

Dans l'observation n° 12, bien que le fibrome ne soit ni très volumineux, ni enclavé ou inclus, la péritonisation est difficile.

Dans l'observation n° 13 ; les tissus sont extrêmement adhérents, On est obligé d'enlever d'abord l'utérus, puis les annexes. La péritonisation est impossible. On doit drainer par un Mikulicz avec 2 mèches.

Dans l'observation n° 14, bien que le fibrome ne dépasse pas le volume d'un fort poing, on est frappé par la difficulté d'attirer la pièce au dehors par suite de la rétraction des tissus.

Dans l'observation n° 15, le petit bassin est défendu par des adhérences très développées, l'intestin est œdématié, la libération des adhérences laborieuses. L'hystérectomie est très difficile. Il faut drainer par un Mikulicz.

Dans l'observation n° 17, la rétraction des ligaments de l'utérus est particulièrement nette.

Dans l'observation n° 18, le fibrome adhérent à la vessie est mou, rétracté, difficile à extérioriser. Les artères utérines sont sclérosées.

Dans l'observation n° 19, bien qu'il n'existe aucune dégénérescence, l'utérus gros et mou ne forme plus qu'une coque molle comme dans certains néoplasmes du corps utérin. Les vaisseaux sont friables, surtout ceux du pédicule utéro-ovarien droit. Les tissus sont rétractés. On fait avec douceur et lenteur une hystérectomie sus-vaginale en laissant l'ovaire gauche qu'on ne peut enlever qu'à la fin de l'opération. Le fibrome est très vasculaire.

Dans l'observation n° 22, l'ovaire gauche atrophie adhère au côlon sigmoïde. Le péritoine est rétracté, la péritonisation très difficile.

Dans l'observation n° 24, les tissus sont rétractés mais les vaisseaux sont énormes.

Dans l'observation 28, les surfaces péritonéales sont très dépolies, les vaisseaux très atrophies.

Dans l'observation 31, les ovaires sont plaqués sur la paroi, tous les tissus sont rétractés, les ligaments utérins sont courts. L'opération est difficile.

Sur ces quatorze interventions difficiles, treize fois on a été gêné par des adhérences aux organes de voisinage (vessie, uretère — intestin grêle — côlon sigmoïde notamment). La rétraction du péritoine est également souvent signalée rendant la péritonisation difficile ou même impossible. Dans quatre observations (obs. 14, 18, 24 et 31) c'est une rétraction de tous les tissus qui rend très difficile l'extériorisation de l'utérus fibromateux.

Dans les observations 18 et 19, l'utérus était particulièrement mou.

Dans trois cas (obs. 1, 17, 31) il y a rétraction des ligaments utérins.

Dans deux observations (obs. 19, 24) il existe une vascularisation anormale soit au niveau du fibrome, soit au niveau des pédicules vasculaires.

Enfin, sur les quatorze fois où l'acte opératoire fut rendu difficile, sept fois (obs. 3, 8, 13, 15, 18, 19, 31), l'intervention a été particulièrement laborieuse :

— fibrome inclus dans le ligament large adhérent à l'uretère (obs. 8) ;

— ablation première de l'utérus, puis ablation secondaire des annexes en raison des adhérences. Péritonisation impossible. Mikulicz (obs. 13) ;

— adhérences à l'intestin grêle (obs. 15) ;

— adhérences à la vessie (obs. 3 et 18) ;

— friabilité de l'utérus et des vaisseaux (obs. 19) ;

— rétraction de tous les tissus (obs. 31).

On peut donc conclure que dans près de la moitié des cas (14 fois sur 33) l'intervention chirurgicale sur des fibromes antérieurement irradiés, a été nettement plus difficile que ne le sont habituellement les hystérectomies pour fibromes n'ayant subi aucun traitement physique préalable.

Dans près d'un quart des cas (7 fois sur 33) l'intervention a même été particulièrement pénible.

Nous avons recherché si l'un des modes de traitement par les agents physiques devait être tenu comme créant plus de difficultés opératoires que l'autre.

Sur nos quatorze cas le traitement physiothérapique utilisé était :

- sept fois le radium (obs 1, 3, 12, 13, 17, 18, 28) ;
- six fois les rayons X (obs. 8, 14, 15, 19, 22, 24) ;
- une fois la malade avait été soumise successivement au traitement par les rayons, puis par le radium (obs. 31).

Il semble donc que les difficultés opératoires imputables aux agents physiques soient aussi fréquentes après le radium qu'après les rayons X.

Enfin, si l'on recherche le traitement physique utilisé avant les interventions particulièrement difficiles, on arrive aux mêmes conclusions.

Dans les sept cas d'acte opératoire particulièrement laborieux, on trouve :

trois fois (obs. 3, 13, 18) un traitement préalable par le radium ;

trois fois (obs. 8, 15, 19) un traitement préalable par les rayons ;

une fois (obs. 31) un traitement par les deux méthodes radio et radiumthérapique.

OBSERVATIONS

I. — Observations où la physiothérapie semblait contre-indiquée.

Obs. 1. — *Fibrome enclavé dans le Douglas. Fibrome sous péritonéal. Echec du Radium. Intervention chirurgicale difficile.*

Mme K..., 42 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome traité par une application de Radium.

Persistance des troubles malgré le traitement par les radiations, notamment troubles douloureux.

Intervention chirurgicale : 6 octobre 1921. Professeur Gosset.

Utérus portant deux fibromes chacun du volume d'une orange : l'un sous péritonéal, l'autre enclavé dans le Douglas.

Rétraction de tous les tissus, friabilité des ligaments utérins surtout des ligaments ronds.

Ovaires atrophiés.

Hystérectomie sus-vaginale.

Examen anatomo-pathologique : Aucune modification de la structure du fibrome par le Radium.

Obs. 2. — *Fibrome enclavé dans le Douglas. Amélioration passagère par le Radium, reprise des hémorragies.*

Mme S..., 45 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome utérin traité par le Radium.

Cessation des règles et des métrorragies pendant un an, puis reprise des hémorragies

Intervention chirurgicale : le 22 novembre 1923. Professeur Gosset. Fibrome du volume d'une tête d'enfant enclavé dans le Douglas.

Ovaires atrophiés.

Hystérectomie sus-vaginale.

A l'ouverture de la pièce : l'utérus contient un polype dans sa cavité.

Examen anatomo-pathologique : L'élément musculaire lisse a presque complètement disparu. Il subsiste dans le myome de grandes plaques de tissu fibreux exclusivement collagène où de rares fibroblastes très étirés sont reconnaissables.

Obs. 3. — *Fibrome de la face antérieure avec troubles vésicaux. Echec du Radium. Intervention difficile.*

Mme R...., 45 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome utérin traité par le Radium.

Persistance de douleurs à type de cystite.

Pollakiurie.

Intervention chirurgicale : le 20 février 1923. Professeur Gosset. Gros fibrome de la face antérieure de l'utérus, multilobé, du volume d'une tête de grand enfant. La vessie est décollée, le péritoine attiré par le fibrome. Les vaisseaux sont atrophiés.

Hystérectomie totale.

Examen anatomo-pathologique : Présence en de nombreux points de la masse fibromateuse de réactions inflammatoires assez marquées : infiltration périvasculaire — pas d'infiltration à polynucléaires.

Obs. 4. — *Fibrome non hémorragique mais entraînant des troubles vésicaux : traitement par les rayons X depuis 18 mois sans résultat.*

Madame L...., 38 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome gros comme un poing qui n'a jamais déterminé d'hémorragies mais s'accompagne de pollakiurie.

Malade soignée par les rayons X depuis 18 mois sans résultat.

Intervention chirurgicale : 16 octobre 1923. Docteur Desplas.

Fibrome implanté sur la face antérieure de l'utérus près du fond, plus près de la corne gauche que de la corne droite.

Myomectomie, car les annexes sont saines et la femme jeune.

Examen anatomo-pathologique : Aucun signe appréciable de régression dans la structure histologique du fibrome. L'élément musculaire lisse prédomine.

Existence d'amas inflammatoires dans les masses fibromateuses mais amas très limités n'aboutissant pas à la formation d'abcès.

Obs. 5. — *Fibrome avec troubles vésicaux. Echec de la physiothérapie.*

Mme B...., 45 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome irradié, persistance des hémorragies et de troubles vésicaux.

Intervention chirurgicale : le 24 février 1924. Professeur Gosset. Fibrome de la face postérieure de l'utérus, Petits noyaux un peu suspects sur la face antérieure à gauche de la ligne médiane.

Kyste hématique de l'ovaire.

Hystérectomie subtotale.

Examen anatomo-pathologique : non pratiqué à la Salpêtrière.

Obs. 6. — *Fibrome partiellement pédiculé comprimant la vessie. Echec du Radium.*

Mme C....

Histoire de la maladie : Malade accusant depuis le début de 1927 des ménorragies abondantes avec caillots et des signes de compression vésicale. Pollakiurie. Polyurie.

— Application de Radium au début de décembre 1927.

— Pas d'amélioration. Au toucher on sent un fibrome gros comme un poing lui-même mobile par rapport à l'utérus.

Intervention chirurgicale : le 13 janvier 1928. Docteur Lei-

bovici. Fibrome gros comme le poing partiellement pédiculé, sans adhérences.

Hystérectomie sus-vaginale.

Examen anatomo-pathologique : Confirme la nature fibromyomateuse de la lésion.

Obs. 7. — *Fibrome inclus dans le ligament large. Echec du radium.*

Mme J..., 50 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Pas d'hémorragies mais des douleurs spontanées dans le bas-ventre exagérées par la marche.

— Première irradiation de radium en novembre 1922.

— Persistance des phénomènes douloureux et même pertes rouges prolongées en juin 1923.

— Deuxième irradiation de Radium en juillet 1923.

— Ménorragies abondantes depuis janvier 1924.

Intervention chirurgicale : 13 février 1924. Professeur Gosset. Gros fibromes du fond utérin gros comme un poing et de la base du ligament large droit gros comme une orange. Ovaries atrophiés.

Examen anatomo-pathologique : Fibrome nettement sclérosé dans divers segments où les fibres musculaires ont presque complètement disparu après avoir subi une dégénérescence hyaline. Néanmoins l'évolution scléreuse est loin d'être généralisée à tout le fibrome.

Obs. 8. — *Fibrome inclus dans le ligament large. Echec des rayons X. Intervention très difficile. Fibrome en de voie nécrose aseptique.*

Mme L..., 49 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome utérin développé dans le ligament large et traité par les Rayons X. Echec.

Intervention chirurgicale : le 20 octobre 1932. Professeur

Gosset. L'utérus petit est refoulé à droite mais aux dépens de son bord gauche est développée une volumineuse tumeur incluse dans le ligament large, multilobée, ayant décollé l'uretère gauche. On arrive avec peine à enucléer cette masse très adhérente au péritoine. Hystérectomie. Meches dans la loge urétérale.

Examen anatomo-pathologique : Fibro-myome en voie de nécrose aseptique. La masse entière ramollie est creusée de géodes remplies d'un liquide séreux ou sirupeux. La regression fibreuse du fibrome est très avancée. La plupart des fibres musculaires ont disparu. De larges nappes du fibrome subissent ainsi la dégénérescence fibro-hyaline. C'est dans ces régions que surviennent des foyers de nécrose aseptique aboutissant à la fonte complète du tissu. Nulle part trace de transformation sarcomateuse.

Obs. 9. — *Antécédents de salpingite. Echec des Rayons.*

Mme R...

Histoire de la maladie : Fibrome utérin traité par les Rayons X, chez une femme ayant des antécédents de salpingite.

Crises douloureuses consécutives à l'application.

Intervention chirurgicale le 14 janvier 1919, Prof. Gosset. Fibrome non adhérent, rétracté, mais salpingite double.

Ovaires très réduits.

Hystérectomie sus-vaginale.

Examen anatomo-pathologique : Muqueuse utérine pauvre en glandes : celles-ci claires, irrégulières forment de petits kystes.

Rien de particulier dans le myomètre.

Obs. 10. — *Fibrome douloureux traité par le radium. Echec Gros fibrome. Annexite à l'intervention.*

Mme T..., 34 ans.

Histoire de la maladie : En novembre 1921 la malade con-

sulte pour des règles douloureuses durant six jours et pour des crises douloureuses abdominales.

En décembre 1921, deux applications de radium de vingt-quatre heures sont suivies de disparition des règles pendant 2 mois.

En mars 1922, persistance des ménorragies qui augmentent progressivement.

Recrudescence des douleurs.

Au toucher vaginal avant l'intervention : masse développée aux dépens de l'utérus et remontant jusqu'à l'ombilic.

Culs-de-sac douloureux.

Intervention : le 22 novembre 1922. Professeur Gosset. Fibrome gros comme une tête d'enfant avec annexite droite.

Hystérectomie sus vaginale.

Examen anatomo-pathologique : Dans le myomètre sont enchassés plusieurs nodules de fibrome pur. Dans le tissu scléreux deux de ces fibromes sont creusés de lacunes irrégulières remplies de sérosité. Ovaires atrophiques. Trompes sclérosées.

Obs. 11. — *Antécédents de salpingite. Amélioration passagère par le radium. Reprise des douleurs et des hémorragies.*

Mme de C..., 43 ans.

Histoire de la maladie : La malade a des antécédents nets de salpingite.

En 1924 apparition de ménorragies qui ont persisté de 1924 à 1927 ;

— En 1927 : deux applications de radium ;

— Amélioration très nette pendant 2 ans ;

— En Mai 1929 : douleurs abdominales et métrorragies.

Intervention chirurgicale : le 26 juin 1929. Professeur Gosset. Utérus peu volumineux mais salpingite bilatérale.

Hystérectomie sus-vaginale.

Examen anatomo-pathologique : Fibromatose utérine très nette.

Ovaires sclérosés.

Aucune trace de lésion suspecte.

Obs. 12. — *Crises douloureuses après application de radium ; salpingite à l'intervention.*

Mme T. ., 49 ans.

Histoire de la maladie : Règles durant sept jours avec caillots. Mais entre les époques menstruelles métrorragies rosées, assez fétides.

— Application de radium ;

— Pas d'amélioration des hémorragies qui au contraire deviennent de plus en plus abondantes.

— De plus apparition de crises douloureuses à trois reprises différentes : en octobre 1928, mars, août 1929, douleurs dans le bas-ventre avec vomissements calmés par la glace.

— Au toucher : utérus gros comme le poing irrégulier et dur.

Intervention chirurgicale : le 6 novembre 1929. Professeur Gosset. Gros utérus à surface dépolie ;

à droite Hémato-salpinx, à gauche salpingite adhérente ;

Hystérectomie sus vaginale ;

Péritonisation difficile.

Examen anatomo-pathologique : Fibro-myome utérin très fortement sclérosé mais sans dégénérescence ;

— Lésions de salpingite banale ;

— Ovaires scléro-kystiques.

Obs. 13. — *Application de radium, crise salpingienne violente. Phlébite consécutive. Intervention très difficile.*

Mme de L... R..., 34 ans.

Histoire de la maladie : Début des troubles en 1928. Ménorragies très abondantes puis un an après métrorragies.

— En 1930 une application de radium. Mais immédiatement après grosse crise salpingienne suivie d'une phlébite du membre inférieur gauche.

Malgré le radium persistance des métrorragies et même apparition de troubles de compression rectale et vésicale.

— Au toucher vaginal avant l'intervention :

Fibrome du volume d'un gros poing ; on sent surtout dans le cul-de-sac gauche une masse qui semble davantage d'origine annexielle qu'utérine.

Intervention chirurgicale le 4 mars 1932. Professeur Gosset.

Fibrome du volume du poing et double salpingite très adhérente. Les tissus sont extrêmement adhérents ce qui rend l'opération très difficile. On enlève d'abord l'utérus, puis les annexes.

Péritonisation impossible.

Mikulicz avec 2 mèches.

Examen anatomo-pathologique. Fibro-myome légèrement sclérosé avec fibromatose utérine.

Salpingite suppurée bilatérale. Parois à structure granulo-mateuse sans traces de follicules tuberculeux.

Obs. 14. — *Fibrome et cancer du corps utérin. Cancer du corps méconnu malgré une symptomatologie nette, échec de la radiothérapie.*

Mme P..., 60 ans.

Histoire de la maladie : Ménopause depuis plusieurs années.

— En 1916 grosses pertes de sang et hydorrhée.

— En 1918 au mois de mai, de nouveau métrorragies abondantes qui se répètent en août.

— Cinq séances de radiothérapie vers cette date.

— Néanmoins la malade perd sans discontinuer du sang ou de la sérosité.

Intervention chirurgicale le 11 juillet 1919. Professeur Gosset.

Fibrome du volume d'un fort poing, grisâtre, développé sur la face postérieure de l'utérus.

Ce qui frappe est la difficulté d'attirer la pièce au dehors par suite de la rétraction des tissus.

Hystérectomie. Péritonisation.

Examen anatomo-pathologique : Examen macroscopique :

Utérus de 760 gr. avec gros fibrome interstitiel de la paroi postérieure, très dur, nettement lobulé avec de petits noyaux disséminés de dégénérescence calcaire.

La cavité utérine déformée est gorgée de pus sous pression.

Examen histologique :

Coexistence d'un épithélioma du corps et d'un fibrome.

Épithélioma cylindrique du corps métatypique. Invasion extrêmement marquée et profonde de la paroi antérieure de l'utérus.

Fibrome caractérisé par des faisceaux musculaires très grêles perdus dans une grande quantité de collagène hyalin presque dépourvu de cellules — zones œdémateuses —

Infiltration calcaire par noyaux limités.

Obs. 15. — *Hémorragies et douleurs après la ménopause. Échec des rayons X. Intervention très difficile. Fibrome sphacélé et néoplasme du corps utérin.*

Mme V..., 60 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome utérin traité par les rayons X, chez une femme présentant des hémorragies et des douleurs après la ménopause.

Intervention chirurgicale le 19 décembre 1933. Professeur Gosset.

Petit bassin défendu par des adhérences très développées. Intestin œdématié. Libération des adhérences.

A gauche : fibrome à peu près détaché gros comme un poing.

A droite : fibrome sphacélé gros comme deux poings.

Utérus fibreux du volume d'une tête d'enfant.

Poche purulente au niveau des annexes droites.

Hystérectomie très difficile. Mikulicz.

Examen anatomo-pathologique : Fibro-myome utérin en partie nécrotique et largement envahi par un épithélioma assez polymorphe pseudo-glandulaire, micro secrétant ou atypique selon les points.

Large envahissement néoplasique du stroma.

Nombreuses mitoses et monstruosité nucléaires.

Obs. 16. — *Fibrome douloureux. Échec des rayons X. Fibrome en voie de nécrose colloïdo-kystique à l'intervention.*

Mme H..., 40 ans.

Histoire de la maladie : Depuis plusieurs années métrorragies abondantes pendant dix jours.

Vingt séances de rayons X, sans résultat.

Persistance des métrorragies.

A l'examen : gros fibrome remontant au-dessus de l'ombilic, douloureux sur sa partie droite. Pas de lobe pelvien.

Intervention chirurgicale le 21 janvier 1927. Professeur Gosset.

Fibrome du fond de l'utérus, mou, du volume d'une tête d'adulte. A droite et à gauche annexes plaquées sur les côtés par les rayons.

Ovaires kystiques.

Hystérectomie sus-vaginale.

Examen anatomo-pathologique : Fibro-myome utérin en voie de nécrose colloïdo-kystique.

Les travées qui persistent sont fortement fibrosées et l'élément musculaire lisse est en voie de regression avancée.

Les cavités nécrotiques dessinent un véritable labyrinthe traversé par des faisceaux musculaires.

Rien à signaler au niveau de la muqueuse utérine.

Obs. 17. — *Echec des Rayons X et du radium, dû, semble-t-il, au volume trop gros de la tumeur.*

Mme S..., 43 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome utérin traité sans succès par le radium et les rayons. Avant l'intervention fibrome retentissant sur l'état général.

Intervention chirurgicale le 26 février 1921. Professeur Gosset.

Fibrome du volume d'une tête d'enfant très dur sans annexite.

Rétraction des ligaments de l'utérus.

Hystérectomie sus-vaginale.

Examen anatomo-pathologique : Utérus fibromateux. Les faisceaux musculaires sont dissociés par des bandes scléreuses. Les fibres lisses qui les composent ont généralement une tendance à l'atrophie. Ailleurs elles sont noyées dans une substance hyaline se colorant en mauve pâle et qui paraît résulter de leur dégénérescence.

Ovaires atrophifiés.

Obs. 18. — *Gros fibrome hémorragique. Malgré le radium augmentation de volume de la tumeur avec phénomènes douloureux.*

Mme B..., 47 ans.

Histoire de la maladie : Malade hospitalisée une première fois à la Salpêtrière en octobre 1922.

Ménorragies abondantes avec caillots.

Utérus fibromateux.

— 2 applications de radium.

— Néanmoins les règles persistent très abondantes.

La malade accuse des douleurs à type de lumbago et de sciatique.

Pas de troubles vésicaux.

Au toucher vaginal avant l'intervention :

Col en arrière. Corps augmenté de volume en avant. On sent par le toucher bimanuel une masse dure, du volume d'une tête d'enfant qui semble être un fibrome.

Intervention le 8 juin 1923. Professeur Gosset.

Gros fibrome du fond utérin du volume d'une tête d'enfant adhérent à la vessie. Mou, rétracté, il est difficile à extérioriser.

Ovaires atrophiés, artères utérines sclérosées.

Hystérectomie sus-vaginale.

Examen anatomo-pathologique : La structure fibro-myomatuse n'a pas été remaniée d'une manière notable. Aucune tendance à la calcification, à la fibrose, à la nécrose.

Ovaires atrophiés mais renfermant encore ça et là quelques ovules primordiaux actifs.

Obs. 19. — *Gros fibrome hémorragique. Echec des Rayons X. Intervention très difficile.*

Mme S..., 46 ans.

Histoire de la maladie : Règles peu abondantes mais très prolongées. On porte le diagnostic de fibrome.

Quatorze séances de Rayons X en avril 1923.

Pas d'amélioration.

Au toucher vaginal avant l'intervention : masse grosse comme une tête d'enfant régulière, lisse dont les mouvements se transmettent au col.

Intervention chirurgicale le 27 juillet 1923. Professeur Gosset.

Utérus gros et mou ne formant plus qu'une coque molle comme dans certains néoplasmes du corps utérin.

Ovaire gauche kystique. Vaisseaux friables surtout ceux du pédicule utéro-ovarien droit.

Les tissus sont rétractés.

On fait avec douceur et lenteur une hystérectomie sus-vaginale en laissant l'ovaire gauche qu'on ne peut enlever qu'à la fin de l'intervention.

La pièce ouverte montre un fibrome très vasculaire.

Examen anatomo-pathologique : Aucune modification de la formule histologique du fibromyome. Pas de trainées de dégénérescence. Ovules primordiaux normaux et encore relativement abondants.

En résumé : La radiothérapie n'a produit aucune transformation appréciable soit au niveau de l'ovaire, soit au niveau du fibrome.

II. — Observations où la physiothérapie semblait justifiée

Echec expliqué par l'intervention ultérieure

Obs. 20. — *Douleurs persistantes après radiothérapie. Nécrose du fibrome à l'examen anatomo-pathologique.*

Mme R..., 27 ans.

Histoire de la maladie : Métrorragies en 1926.

Radiothérapie en 1927, arrêt des hémorragies mais douleurs persistantes depuis.

Au toucher : Utérus dur, mobile, remontant jusqu'à mi-chemin de l'ombilic.

Intervention chirurgicale 10 avril 1929. Professeur Gosset.

Utérus très dur, gros.

Annexes scléreuses atrophiées par les Rayons X.

Hystérectomie sus-vaginale.

Examen anatomo-pathologique : Nécrose étendue du fibrome, disparition des réactions tinctoriales nucléaires.

En certains points nécrose microkystique et début d'infiltration calcaire.

Aucune trace de transformation néoplasique.

Obs. 21. — *Phénomènes douloureux après radiothérapie. Dégénérescence œdémateuse du fibrome.*

Mme D..., 54 ans.

Histoire de la maladie : En 1926 séances de radiothérapie sur le fibrome.

Néanmoins la malade accuse des phénomènes douloureux dans l'abdomen survenant par crises.

Au toucher : masse du volume d'une tête de fœtus, non douloureuse occupant la partie gauche de la cavité pelvienne et rejetant l'utérus en arrière et à droite.

Intervention chirurgicale le 17 janvier 1932, professeur Gosset.

Fibrome du volume d'un fort poing et de consistance molle.

Hystérectomie sus-vaginale.

Examen anatomo-pathologique : Fibro-myome de consistance très molle se présentant à la coupe sous l'aspect d'une masse gélatineuse, blanchâtre, tremblotante mais sans nécrose, ni calcification.

Histologiquement : œdème interstitiel énorme du stroma dissociant les fibres musculaires. Dégénérescence hyaline des parois vasculaires.

Nulle part trace de transformation maligne.

Obs. 22. — *Echec de la radiothérapie profonde, gros polype intra-cavitaire méconnu.*

Mme V..., 42 ans.

Histoire de la maladie : Ménorragies abondantes depuis septembre 1922.

Règles durant dix jours environ.

— Au toucher pratiqué à cette époque : petit fibrome.

— On ordonne douze séances de radiothérapie profonde.

— Malgré les Rayons :

— accentuation des pertes rouges avec caillots.

Aux ménorragies s'ajoutent des métrorragies, pertes presque continuelles.

— affaiblissement de l'état général.

— Au toucher pratiqué avant l'intervention :

L'utérus a augmenté de volume malgré les rayons.

Il paraît gros comme le poing. Le col est fermé, de consistance normale.

Intervention 15 janvier 1923. Professeur Gossët.

Utérus remontant à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Ovaires atrophiés — le gauche adhérent au côlon sigmoïde.

Hystérectomie sus-vaginale.

Péritonisation difficile par suite de la rétraction du péritoine.

A l'ouverture de la pièce : gros polype intra-cavitaire.

Examen anatomo-pathologique : Gros polype intra-cavitaire dilatant toute la cavité utérine. Il est formé de tourbillons de fibres musculaires lisses séparées par d'épaisses travées fibreuses.

Aucune trace de dégénérescence.

Le myomètre est fibromateux.

Les ovaires sont atrophiés et sclérosés.

Obs. 23. — *Echec des Rayons X, fibrome sous-muqueux méconnu.*

Mme L..., 37 ans.

Histoire de la maladie : — Métrorragies et ménorragies très abondantes ayant augmenté progressivement depuis cinq ans.

— Traitement par les Rayons X.

— Persistance des hémorragies.

— Au toucher : utérus collé à la paroi antérieure gros comme un poing.

Intervention chirurgicale 3 décembre 1924. Professeur Gosset.

Utérus gros et lourd.

Ovaires atrophiés.

Hystérectomie sus-vaginale.

La pièce ouverte : fibrome du volume d'un œuf commençant à s'engager dans le col comme un polype.

Examen anatomo-pathologique : Confirme simplement le diagnostic de fibrome, pas de dégénérescence.

**III. — Observations où la physiothérapie
semblait justifiée. Arrêt des hémorragies.
Accroissement secondaire
du fibrome sans dégénérescence**

Obs. 24. — *Fibrome hémorragique traité avec succès par les rayons X. Cinq ans plus tard grosse augmentation de volume de la tumeur.*

Mme L..., 51 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome hémorragique traité en 1924 par les Rayons X. Arrêt des hémorragies et même ménopause à la suite du traitement,

Cinq ans après, le fibrome augmente de volume provoquant gêne respiratoire et gêne abdominale.

A l'examen : fibrome multilobé à évolution abdominale mobile, non douloureux du volume d'une tête d'adulte.

Intervention chirurgicale le 24 juin 1929. Professeur Gosset.

Gros fibrome multilobé avec ovaires atrophiés par les rayons.

Hystérectomie sus-vaginale.

Examen anatomo-pathologique : Fibro-myome utérin comportant une grosse prépondérance de l'élément musculaire lisse.

En quelques points : nécrose nette avec pertes de l'affinité tinctoriale des divers éléments.

Ovaires atrophiés.

Obs. 25. — *Fibrome traité par le radium avec succès. Dix ans plus tard augmentation de volume de la tumeur sans dégénérescence.*

Mme E..., 38 ans.

Histoire de la maladie : Radium en 1919 pour métrorragies et ménorragies ;

— Guérison apparente pendant plus de dix ans ;

— Depuis quelques mois augmentation de volume du ventre, sensation de masse intra-abdominale ;

— Règles durant huit jours avec caillots ;

— Au toucher : fibrome remontant jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic.

Intervention chirurgicale le 26 novembre 1930. Professeur Gosset.

Fibrome gros comme une tête d'enfant.

Les tissus sont rétractés mais les vaisseaux sont énormes.

Hystérectomie sus-vaginale.

Examen anatomo-pathologique : Fibro-myome utérin banal présentant la proportion habituelle entre l'élément fibreux et l'élément musculaire lisse.

Aucune trace de régression sous l'action du radium.

L'atrophie tubo-ovarienne très poussée semble le seul résultat de l'action du radium.

Petit polype muqueux dans la cavité utérine.

IV. — Observations de dégénérescence maligne
sur des fibromes traités antérieurement
par les agents physiques

Obs. 26. — *Gros fibrome. Echet du radium. Dégénérescence sarcomateuse découverte à l'examen histologique.*

Mme B..., 35 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome utérin ayant été traité par le radium.

Persistance d'une grosse tumeur mal supportée.

Intervention chirurgicale : 22 juin 1922. Professeur Gosset.

Hystérectomie sus-vaginale.

Fibrome pesant 600 grammes.

Examen anatomopathologique : Les glandes de la muqueuse utérine présentent souvent des déformations hélicoïdales. Le chorion manifeste une inflammation vasculaire discrète. On y voit quelques capillaires à endothélium épaissi, à lumière renfermant des polynucléaires.

— Le Myomètre est fibromateux. Les faisceaux musculaires y sont séparés par de fortes travées de tissu conjonctif dense.

Il existe des foyers de nécrose confluents ou disséminés. Il existe dans le fibrome un petit foyer sarcomateux constitué par une accumulation d'innombrables cellules rondes ou fusiformes orientées autour des vaisseaux.

Obs. 27. — *Fibrome sarcomateux. Echet du radium. Dégénérescence sarcomateuse découverte à l'examen histologique.*

Mme D... Clémentine, 55 ans.

Histoire de la maladie : — utérus fibromateux, ayant provoqué des hémorragies traité par le radium ;

— guérison incomplète.

Intervention le 19 octobre 1922. Docteur Robert Monod.

Utérus mobile, bourré de saillies.

A l'ouverture de la pièce : polype fibreux intra-cavitaire.

Examen anatomo-pathologique : Polype fibreux constitué par un tissu scléreux dense sans revêtement épithélial.

— Enclavé dans cette tumeur : un noyau sarcomateux qui consiste en un amas de petites cellules rondes accumulées sans ordre.

Cet amas cellulaire est sillonné de nombreux capillaires souvent sans paroi propre.

Les cellules qui le composent sont souvent en voie de dégénérescence avec noyaux pycnotiques.

Obs. 28. — *Fibrome irradié avec succès. Leiomyome malin secondaire.*

Mme R..., 56 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome irradié avec succès. Réapparition des hémorragies.

Intervention chirurgicale le 22 février 1928. Professeur Gosset

Fibrome gros comme une tête d'enfant à la naissance.

Surfaces péritonéales très dépolies. Vaisseaux très atrophiés. Aspect sphacélique du fibrome.

Hystérectomie sus-vaginale.

Examen anatomo-pathologique : Leiomyome malin. Nombre de monstruosité nucléaires et d'atypies protoplasmiques.

Vastes zones nécrotiques dans lesquelles noyaux et protoplasmes prennent la même affinité pour l'éosine.

— Une biopsie pratiquée sur le col deux mois après l'intervention n'a montré aucune trace d'élément épithélial ou néoplasique.

Obs. 29. — *Fibrome irradié avec succès apparent. Huit ans après : Fibrome. Epithélioma du corps utérin. Polype intra-cavitaire ayant subi la dégénérescence sarcomateuse.*

Mme L..., 58 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome utérin il y a huit ans.

Amélioration.

Reprise des hémorragies.

Intervention chirurgicale le 24 octobre 1931. Professeur Gosset.

Gros fibrome comme une tête d'enfant plus polype fibreux à évolution cervico-vaginale perçu au toucher vaginal.

Hystérectomie totale.

Examen anatomo-pathologique : Coexistence de 3 lésions :

— Un fibro-myome utérin ne présentant rien de spécial.

— Un épithélioma cylindrique typique du corps utérin envahissant peu le myomètre.

— Un polype vaginal se présentant sous l'aspect histologique d'un sarcome extrêmement polymorphe et à prédominance plasmodiale. Les mitoses et surtout les monstruosité nucléaires et protoplasmiques sont fort abondantes.

Obs. 30. — *Fibrome irradié il y a 10 ans. Métastase péritonéale d'origine utérine probable.*

Mme S..., 50 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome traité par les Rayons X il y a 10 ans et continuant à saigner.

Intervention chirurgicale : le 18 octobre 1932. Professeur Gosset. A l'ouverture de la cavité péritonéale : ascite. Épiploon adhérent à la paroi rempli de noyaux néoplasiques dont on prend un fragment sur le péritoine pariétal ;

Fibrome utérin pas très volumineux ;

Exérèse inutile. Intervention exploratrice.

Examen anatomo-pathologique : Greffe d'épithélioma cylindro-cubique riche en mitoses et monstruosité nucléaires infiltrant l'épiploon et déterminant une réaction fibreuse du stroma.

Origine probable aux dépens de l'utérus et des ovaires.

Obs. 31. — *Fibrome irradié avec succès. Huit ans après, symptomatologie nette, de cancer du corps. Traitement curiethérapique suivi d'échec. Intervention, double néoplasie.*

Mme M ., 51 ans.

Histoire de la maladie. En 1925 : Radiothérapie pour hémorragies persistantes. Ménopause consécutive.

A la fin de 1932 : Réapparition de pertes rouges irrégulières. Parfois hydorrhée, parfois petites pertes rosées ou roussâtres, inodores, indolentes.

Pas de signes de compression pelvienne ;

Bon état général ;

On porte le diagnostic de fibrome et :

En décembre 1932 : Curiethérapie.

Pas d'amélioration. Persistance des pertes avec les mêmes caractères.

Au toucher vaginal, avant l'intervention, col ascensionné mais normal.

Utérus du volume d'un poing.

On a l'impression d'une induration du paramètre à droite, surtout au toucher rectal.

Au spéculum : col cicatriciel, orifice un peu suintant.

Intervention chirurgicale : le 10 mars 1933. Professeur Gosset. Fibrome du volume du poing, nettement dégénéré avec de chaque côté une annexite adhérente.

Ovaires plaqués sur la paroi par l'effet des Rayons. Tout est rétracté. Les ligaments utérins sont courts. L'opération est difficile.

Hystérectomie totale.

Examen anatomo-pathologique : Double néoplasie.

— Epithélioma cylindrique typique du corps.

Basophilie protoplasmique. Nombreuses mitoses.

— Fibro-myome utérin en dégénérescence fibro-sarcomateuse.

Ce fibro-myome constitue un volumineux polype remplissant la cavité utérine.

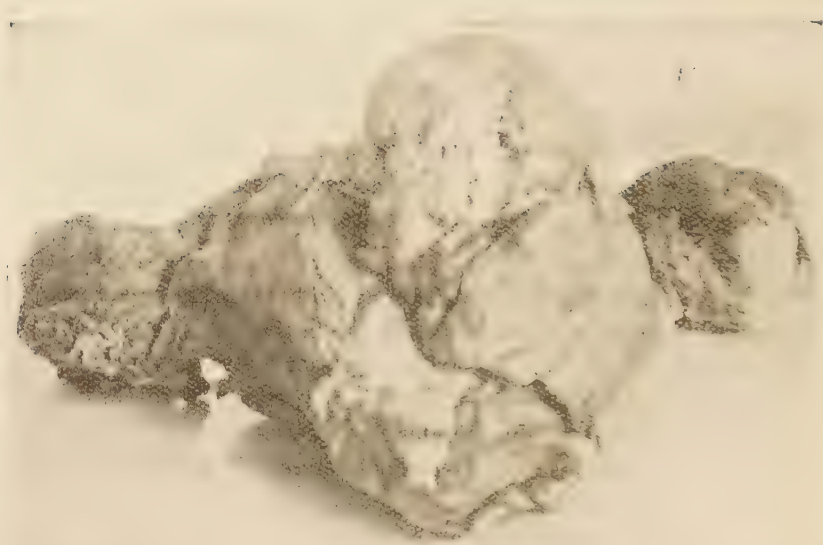


Fig. 5 et 6. — *Pièce de l'observation n° 31*

Double néoplasie sur un fibrome irradié
Epithélioma du corps utérin — Fibrome utérin en dégénérescence
fibro-sarcomateuse.

Obs. 32. — *Fibrome hémorragique traité par le radium. Persistance de la tumeur. Dégénérescence sarcomateuse.*

Mme R..., 25 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome utérin ayant subi cinq applications de radium ayant arrêté les hémorragies.

Persistance d'une grosse tumeur utérine gênante.

Intervention chirurgicale : 20 octobre 1921. Professeur Gosset. Gros fibrome du volume d'une tête d'enfant (950 gr.).

Reliquat d'ancienne inflammation des annexes surtout à gauche.

Atrophie des vaisseaux, surtout de l'utérine gauche.

Hystérectomie sus-vaginale.

Examen anatomo-pathologique : Le stroma fibreux renferme des tourbillons de fibres musculaires lisses hyperplasiées et hypertrophiées réalisant par endroits un aspect sarcomatoïde.

Obs. 33. — *Fibrome traité par les Rayons X. Persistance de la tumeur. Etat pré-cancéreux.*

Mme P..., 47 ans.

Histoire de la maladie : Fibrome utérin traité par les Rayons X.

Persistance d'une grosse tumeur.

Intervention chirurgicale : le 1^{er} mars 1924. Professeur Gosset. Gros fibrome du volume d'une tête d'enfant mobile sans annexite.

Les ovaires semblent normaux malgré les rayons X.

Hystérectomie sus-vaginale.

Examen anatomo-pathologique : Métrite atrophique avec réduction très marquée de la muqueuse et production de petit kystes dans le voisinage du col.

Il existe, fait singulier, une basophilie exagérée des diverticules pseudo-glandulaires.

Etat prés-cancéreux ?

— En outre sclérose du myomètre.

CONCLUSIONS

1° Les indications de la physiothérapie sont beaucoup plus restreintes que celles de la chirurgie dans le traitement des fibromes utérins.

2° La plupart des échecs de la physiothérapie dans le traitement des fibromes utérins sont dus à une indication erronée de cette thérapeutique. Le plus souvent un examen clinique bien conduit permet de reconnaître si le fibrome peut être irradié. Parfois cependant c'est seulement l'intervention chirurgicale ultérieure ou même l'examen histologique qui expliquent l'échec de la physiothérapie.

3° Les dégénérescences malignes paraissent se développer plus fréquemment sur des fibromes irradiés. Cette association avec une dégénérescence maligne serait assez fréquente d'après nos observations (huit cas sur 33 observations).

4° Les interventions chirurgicales sur les fibromes antérieurement irradiés semblent dans la moitié des cas

environ rendues plus difficiles par des lésions dont la physiothérapie paraît responsable.

5° Il ne faut pas opposer la thérapeutique chirurgicale et la physiothérapie des fibromes utérins. Chaque méthode a ses indications précises qui judicieusement suivies permettront d'obtenir des succès d'une façon à peu près constante.

Vu, le Doyen
ROUSSY.

Vu, le Président de la thèse,
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

AMELINE et PÉTRULIAN. — Les contre-indications dans la radiothérapie des fibromes utérins (*Gazette Méd. de France*, 15 mars 1931).

AUVRAY. — Radiothérapie des fibromes (*Bull. Soc. Chirurgie Paris*, 31 mai 1922, p. 789).

BAUDET. — Radiothérapie des fibromes (*Bull. Soc. Chirurgie de Paris*, 1920, p. 435).

BÉCLÈRE. — Radiothérapie des fibromes (*Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française*, 1925).

BÉGOUIN. — Danger de la radiothérapie dans le traitement des fibromes (*Soc. Med. Ch. Bordeaux*, juillet 1913).

BÉGOUIN. — Fibromes et épithélioma du corps après R. X. (*Soc. Obst. Gyn. Bordeaux*, décembre 1920).

BÉGOUIN. — Fibrome et épithélioma du corps après R. X. (*Journal de Médecine Bordeaux*, 1921, p. 52).

BÉGOUIN. — Hystérectomie subtotale pour fibrome. Coexistence de cancer du corps. Récidive dans le col. Radium. Guérison de 4 ans (*Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris*, 1924, p. 255).

BÉRARD. — Application de radium sur un utérus fibromateux. Evolution d'un cancer du corps (*Soc. Chir. Lyon*, 20 décembre 1920).

BÉRARD-DUNET et MALLEY-GUY. — A propos des difficultés de diagnostic des fibromes utérins et des dangers d'irradiation (*Lyon Médical*, 1925).

BENGOLEA. — Cancer à évolution extrêmement rapide dans un cas de fibrome utérin traité par les R. X. (*Semana Medica*, Buenos-Aires, 1920, t. XXVII, p. 572).

BEISSON. — Contribution à l'étude des fibromes après la ménopause (*Thèse de Paris*, 1927).

DELBET. — La radiothérapie des fibromes (*Soc. Ch. Paris*, décembre 1919).

DELHERM, GRUNOPAN DE BRANCAS et BEAU. — Le traitement рентgenthérapique des fibromyomes utérins (*Monde Médical* 15 décembre 1927, n° 721).

DESCOMPS. — La radiumthérapie des fibromes de l'utérus (*La Médecine*, avril 1921).

DOUAY. — Fibromes utérins. Diagnostic et traitement (*Gazette Médicale de Lyon*, 15 mars 1933).

DURAND. — Epithélioma du corps utérin dans un utérus fibromateux avec plaques nécrotiques dues à des applications de Radium (*Bull. Soc. Anat.*, Paris 1920, p. 143).

FAURE J. L. — Radiothérapie des fibromes (*Bull. Soc. Chir. Paris*, 1920, p. 56).

FAURE. — Radiothérapie des fibromes (*Bull. Soc. Chir. Paris*, 1922, p. 644, p. 791).

FAURE. — Curiethérapie des fibromes utérins (*II^e Congrès de Gynéc. et d'Obst. de langue Française*, 1921).

FAURE. — Indications du traitement chirurgical des fibromes (Discussion au *XXXIII^e Congrès de Chirurgie de Paris*, 1924).

FORGUE. — Indications du traitement chirurgical des fibromes (Discussion au *XXXIII^e Congrès de Chirurgie de Paris*, 1924).

FORGUE. — Traitement des fibromes. Rayons ou bistouri (*Sud Médical et Chirurgical*, 15 avril 1925).

FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie (*Traité de Le Dentu et Delbet*).

FREDET. — Radiothérapie des fibromes (*Bull. Soc. Ch. Paris*, 1922, p. 644, p. 791).

JACOBS. — 1 cas de cancer à marche aiguë développé sur un fibrome utérin traité par le radium (*Société belge gyn. Obst.*, 2 octobre 1920).

LABEY. — Indications du traitement chirurgical des fibromes utérins (Rapport au XXXIII^e Congrès de Chirurgie de Paris, 1924).

LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, vol. III.

MATHIEU. — Radiothérapie des fibromes (*Bull. Soc. Ch. Paris*, 1922, p. 592).

MORNARD. — Trois observations de cancer à évolution rapide après radiothérapie (*Bull. Soc. Ch. Paris*, 1919, p. 1333).

OLON J. — Fibro-myome et cancer (*Archives Mensuelles Obst. Gyn.*, 1915, p. 369).

SCKOCKAERT. — Fibromes calcifiés et dégénérescence carcinomateuse (*Soc. belge gyn.*, Obst. 1921).

SIREDEY. — Fibro-myomes utérins et ménopause (*La Médecine*, avril 1930).

SIREDEY. — *Société d'obst. et de gyn. de Paris*, 12 janvier 1920.

SOULAS (Mireille). — Fibromes utérins et cancers épithéliaux cavitaires (*Thèse de Montpellier*, 1930).

SOULIGOUX. — Fibrome utérin traité par la radiothérapie, coexistence d'un cancer intra-utérin (*Bull. Soc. ch. Paris*, 1923, p. 1051).

TIXIER. — Indications du traitement chirurgical des fibromes (Rapport au XXXIII^e Congrès de Chirurgie de Paris, 1924, p. 310).

TUFFIER. — Cancer à évolution rapide greffé sur des fibromes utérins au cours de la radiothérapie (*Bull. Soc. ch. Paris*, 1920, p. 49).

VINCENT et LAFFONT. — Un cancer à évolution rapide succédant à deux séances de rayons X sur un fibrome utérin (*Bull. Soc. Obst. Gyn. Paris*, avril 1922).

VIOLET. — Thérapeutique des fibro-myomes utérins. Série de 109 cas (*Lyon Médical*, 1924).

WALTHER. — Traitement des fibromes par la radiothérapie (*Bull. Soc. Chir. Paris*, 1920, p. 395).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE I. — Les contre-indications de la physiothérapie dans les fibromes utérins	15
CHAPITRE II. — Les indications de la physiothérapie dans les fibromes utérins	49
CHAPITRE III. — Échecs de la physiothérapie dans des cas où elle semblait justifiée	59
CHAPITRE IV. — Fibromes traités antérieurement par les agents physiques. Dégénérescence maligne secondaire.....	67
CHAPITRE V. — Difficulté des interventions chirurgicales sur les fibromes irradiés.....	75
OBSERVATIONS.....	83
CONCLUSIONS.....	109
BIBLIOGRAPHIE.....	111

1934. St-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC

